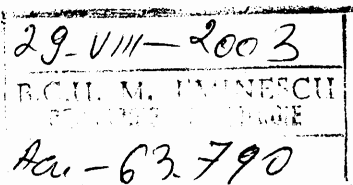
Coperta
David Horea Şandor



Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României
Daniel Marcelli
Tratat de psihopatologia copilului / Daniel Marcelli; trad.: Sorina Pătraşcu, Camelia Petcu, Daniela Popa. - Bucureşti: Editura Fundaţiei Generaţia, 2003
640 p; 19 cm - (Spaţiul Psy, 1)
ISBN 973-86377-0-8
616.89(035)

Daniel Marcelli
TRATAT DE PSIHOPATOLOGIA COPILULUI

Carte publicată cu sprijinul fundaţiei
Aktion Kleiner Prinz

Spaţiul Psy

Daniel MARCELLI

Profesor de Psihiatria copilului şi adolescentului
Medic şef în serviciul de pedopsihiatrie
Spitalul La Milétric, Poitiers



Tratat de psihopatologia copilului

Traducere din limba franceză
Sorina Pătraşcu
Camelia Petcu
Daniela Popa



EFG

CĂRȚI APĂRUTE LA EDITURA MASSON

De același autor:

ADOLESCENCE ET PSYCHOPATHOLOGIE, de D. MARCELLI. *Colection „Les âges de la vie"*, 1999, ed. a 5-a revizuită și îmbunătățită, 616 pagini.

CLASSIFICATION MULTIAXIALE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT, de Organizația Mondială a Sănătății și D. MARCELLI, 2001, 304 pagini.

DÉPRESSION ET TENTATIVES DE SUICIDE A L'ADOLESCENCE, de D. MARCELLI și E. BERTHAUT, *Collection „Les âges de la vie"*, 2001, 272 pagini.

LES ETATS DEPRESSIFS A L'ADOLESCENCE, de D. MARCELLI, *Collection „Les âges de la vie"*, 2000, ed. a 2-a, 216 pagini.

MEDICINE DE L'ADOLESCENT, de P. ALVIN și D. MARCELLI, *Collection Pour le praticien*, 1999, 328 pagini.

Alte publicații:

ADOLESCENCE ET SUICIDE. DES ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET PSIHOPATOLOGIQUES AUX PERSPECTIVES THERAPEUTIQUES, de F. LADAME, J. OTTIMO, C. PAWLAK. *Collection Médecine et Psychothérapie*, 1996, 216 pagini.

L'ANGOISSE DE SEPARATION, de D. BAILLY. *Collection Médecine et Psychothérapie*, 1996, 152 pagini.

L'ENFANT ET LA PSYCHANALYSE, de J. BERGÈS, G. BALBO. *Collection Ouvertures psy*, 2000, ed. a 2-a, 224 pagini.

L'ENFANT PSYCHOTIQUE, de J.-P. FAVRE. *Collection Médecine et Psychothérapie*, 1997, 184 pagini.

LE DEVELOPPEMENT AFFECTIF ET INTELLECTUEL DE L'ENFANT, de B. GOLSE, *Collection Médecine et Psychothérapie*, 1998, ed. a 3-a, 320 pagini.

PSYCHOPATHOLOGIE DE L'ADULTE, de Q. DEBRAY, B. GRANGER, F. AZAIS. *Collection Les âges de la vie*, 2001, ed. a 2-a, 392 pagini.

PSYCHOPATOLOGIE DE LA PERINATALITE, de J. DAYAN, G. ANDRO, M. DUGNAT. *Collection Les âges de la* vie, 1999, 576 pagini.

PSYCHOPATHOLOGIE DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT, de P. MAZET, S. STOLERU. *Collection Les âges de la vie*, 1999, ed. a 2-a revizuită și completată, 320 pagini.

PSYCHOPATOLOGIE DU SUJET ÂGÉ, de G. FERREY, G. LE GUÈS. *Collection Les âges de la vie*, 2000, ed. a 5-a, 320 pagini.

TROUBLES DE L'ATTENTION, IMPULSIVITE ET HYPERACTIVITE CHEZ L'ENFANT, de J. THOMAS, G. WILLEMS. *Collection Médecine et Psychothérapie*, 2001, ed. a 2-a, 272 pagini.

Această carte este tradusă:

– *în limba italiană:* a 5-a ediție italiană realizată de MASSON S.A. Milano și a fost publicată în 1999 după a 6-a ediție franceză;

– *în limba spaniolă:* a 3-a ediție spaniolă, care va fi realizată după a 3-a ediție franceză;

– *în limba portugheză:* prima ediție portugheză, realizată de Editora Masson do Brasil Ltda., în colaborare cu Artes Medica și publicată în 1986, după a 2-a ediție franceză.

CUPRINS

PARTEA A TREIA
MARILE CATEGORII NOSOGRAFICE

PARTEA A PATRA
COPILUL ÎN MEDIUL SĂU

PARTEA A CINCEA
TERAPEUTICA

PREFAȚĂ

Această nouă ediție apare sub semnătura unuia singur dintre cei doi autori care au semnat primele trei ediții. Cu toate acestea, este vorba despre aceeași lucrare. Trebuie să oferim cititorului câteva explicații.

La începutul anului 1978, ca urmare a solicitărilor insistente din partea editurii Masson, Profesorul J. de Ajuriaguerra m-a solicitat pentru redactarea unei versiuni „abreviate" a „Manualului de psihiatria copilului" pe care el îl scrisese. La vremea aceea eram asistent al șefului de clinică la spitalul Salpętričre, în Serviciul Profesorului D. J. Duche, lucrând în mod regulat cu Profesorul D. Widlöcher.

Încă de la prima noastră întâlnire, Profesorul J. de Ajuriaguerra mi-a lăsat toată libertatea în organizarea, structurarea și prezentarea acestui compendiu. De fapt, cum la epoca respectivă el însuși luase o anumită distanță de clinica propriu-zisă, fiind interesat în special de cercetare, nici nu a dorit să participe la redactarea acestei lucrări, ci a acceptat să mă îndrume și eventual să mă ajute.

Așadar m-am așezat la lucru, concepând organizarea generală în cinci mari părți și redactând diferitele capitole. În cursul întâlnirilor noastre regulate, îi citeam prof. J. de Ajuriaguerra capitolele pe care le scrisesem. Îmi făcea uneori câteva remarci punctuale, sugerându-mi să insist asupra lucrării unui autor sau, invers, să elimin un anumit citat. Dar s-a arătat întotdeauna mulțumit de planul de ansamblu și de conținutul particular al capitolului examinat.

Mi-a lăsat marea libertate de a scrie acest compendiu așa cum mi l-am imaginat, încurajându-mă chiar, și într-un fel protejându-mă cu autoritatea sa. Foarte probabil că, în calitate de tânăr autor și scriind doar sub numele meu, n-aș fi „îndrăznit" să abordez anumite capitole novatoare, cel puțin la epoca respectivă: psihopatologia jocului, a diferenței dintre sexe, a copiilor supradotați...

Cartea a fost foarte favorabil primită de către public, iar reeditările s-au succedat rapid. J. de Ajuriaguerra mi-a lăsat inițiativa și responsabilitatea numeroaselor modificări și actualizări ulterioare.

Pentru a patra ediție, J. de Ajuriaguerra și cei care îi reprezentau drepturile

au preferat să renunțe la o cosemnătură care, ce-i drept, nu mai reflecta realitatea. Țin să îi aduc un omagiu și să îi mulțumesc, cu atât mai mult cu cât această primă carte m-a încurajat să mai scriu și altele, în special cea intitulată „Adolescență și psihopatologie" împreună cu A. Braconnier.

CUVÂNT ÎNAINTE

Această a 6-a ediție cuprinde, ca și precedentele, multiple transformări, modificări și adăugiri. Mai multe capitole au fost complet rescrise în lumina celor mai recente lucrări (autismul și psihoza la copil, stresul post-traumatic, tulburările de deficit ale atenției...). Am ținut cont de noile contribuții și în domeniul clinic (sindromul Angelman, sindromul Williams...), în psihopatologie (travaliul de vindecare) și în explorarea complementară (sonda genetică).

Partea a cincea a fost în întregime restructurată pentru a contura mai bine modalitățile de abordare terapeutică, iar locul tratamentelor psihotrope a fost reevaluat.

Am vrut să propunem cititorului o deschidere către câmpul cercetării prin intermediul „modelelor experimentale" care încep să apară și la care se face referire tot mai frecvent.

Privind în urmă, de la prima ediție apărută în decembrie 1981, aproape toate capitolele acestei lucrări au făcut obiectul unor actualizări și modificări. Psihopatologia copilului este o disciplină încă recentă, care evoluează rapid: edițiile succesive relevă această evoluție și conduc spre o lucrare care, în 1998, este foarte diferită de cea din 1981. Schimbarea titlului vine ca o mărturie a acestei evoluții, însă cu grija de a păstra ceea ce a condus la succesul edițiilor precedente.

De fapt, această lucrare se dorește înainte de toate a fi didactică: asta l-a condus pe autor să prezinte în cadrul unui plan clar diferitele axe în jurul cărora se organizează psihopatologia copilului. Desigur, orice plan este limitativ și cuprinde o parte de arbitrar. Dar această limitare și acest arbitrar se justifică dacă au la bază un demers coerent: noi dorim să justificăm aici acest plan. În capitolul intitulat „Normalul și patologicul la copil", am arătat modul în care abordarea acestei chestiuni necesită utilizarea unei cvadruple raportări: în primul rând, raportarea la axa simptomatică pe care, pentru a evita specificarea din capul locului a comportamentelor copilului într-o terminologie medicală, am preferat să o numim raportarea la axa conduitelor; în al doilea rând, raportarea la axa structurii mentale – dacă înțelegem prin structură organizarea fantasmatică cea mai pregnantă și mecanismele de adaptare (de apărare) care i se asociază; în al

treilea rând, raportarea la axa diacronică, absolut fundamentală la copil, este în permanentă schimbare; în fine, în al patrulea rând, raportarea la axa mediului, având în vedere dependenţa sa evidentă.

Aceste patru axe de raportare, studiul conduitelor, structura mentală, aspectul diacronic şi de mediu, trebuie să se clarifice întotdeauna reciproc, unele pe celelalte, altfel existând riscul de a nu înţelege esenţa a ceea ce constituie psihopatologia copilului.

Dacă lăsăm de-o parte prima parte a acestei lucrări, consacrată generalităţilor, şi ultima parte, consacrată demersului terapeutic, cititorul va remarca faptul că planul adoptat este tocmai revelatorul acestei cvadruple perspective: o parte este consacrată studiului conduitelor, o altă parte studiului structurilor, o a treia parte mediului; în fine, fiecare capitol din interiorul acestor părţi diverse este construit pe un model diacronic ce ţine cont pe cât posibil de evoluţia conduitei, a structurii sau a ponderii mediului, în funcţie de nivelul de dezvoltare la care a ajuns copilul.

Adolescenţa, inaugurată de procesul fiziologic pubertar, nu este abordată. Lucrarea de faţă priveşte deci copilul, inclusiv copilul foarte mic, şi se opreşte la începutul adolescenţei, adică la 12-13 ani. În scopul de a evita repetiţiile, există o serie de trimiteri la lucrarea „Adolescenţă şi psihopatologie", aşa cum şi în aceasta se regăsesc trimiteri în direcţia copilului, vădind continuitatea dezvoltării la fiinţa umană.

De la prima ediţie, clasificările nosografice naţionale (CFTMEA) şi mai ales cele internaţionale (CIM 10 şi DSM-III-R sau IV) au dobândit o importanţă pe care nu o aveau la epoca respectivă (1981). Lucrarea de faţă ţine cont de aceste clasificări dar refuză cu vehemenţă să reducă abordarea psihopatologică a copilului la enunţarea unor criterii diagnostice (de includere sau excludere), aşa cum sunt avansate de acestea. Cititorul va remarca cu uşurinţă acest fapt.

Deşi aceste clasificări „criterizate" au meritul imens de a fixa nişte criterii de diagnostic şi au devenit instrumente indispensabile pentru cercetători, în special pentru cei din domeniul epidemiologiei, ele nu conferă însă clinicianului nişte modele de aprehensiune, de discriminare, de reflecţie şi analiză pentru practica clinică. În schimb, tocmai aceasta este ambiţia acestei lucrări şi speranţa autorului de a fi reuşit.

PRIMA PARTE

BAZE TEORETICE ŞI GENERALITĂŢI

INTRODUCERE

Evaluarea caracterului patogen sau, dimpotrivă, maturativ al unei anumite conduite observate la un copil, fie că este singur sau mai ales în cadrul unei interacţiuni cu anturajul său, necesită în mod evident o cunoaştere aprofundată a dezvoltării aşa zis „normale". Această primă parte este deci consacrată dezvoltării normale, fără însă a pretinde în nici un caz să se substituie lecturii lucrărilor de psihologie genetică, de neurofiziologie sau de metapsihologie psihanalitică. Cunoaşterea dezvoltării copilului, a diverselor stadii maturative traversate, a principalelor repere organizatoare ale psihismului este necesară înainte de a aborda domeniul conduitelor numite patologice.

Pedopsihiatria este o practică clinică empirică: originile sale sunt marcate de heterogenitatea primilor săi întemeietori, heterogenitate care se poate reduce, într-o manieră schematică, la două surse:

1) pe de-o parte, o ramură ce îşi are originea în vastul curent al educaţiei copilului: primele eforturi legate de ceea ce urma să devină psihiatria copilului au vizat practic copiii recunoscuţi ca „ineducabili" (copilul surd sau orb, apoi copilul debil);

2) pe de altă parte, ramura cu originea în psihiatria şi psihopatologia adultului: primii psihiatri de copii au fost la început interesaţi în principal să regăsească la copil tablourile nosografice bine cunoscute în psihiatria adultului (vezi problema demenţei precocissime).

În consecinţă, psihiatria copilului, în mai mare măsură decât psihiatria adultului, s-a constituit empiric, pornind de la o practică şi nu de la o elaborare teoretică. În mod secundar, o reflecţie asupra acestei practici, o încercare de înţelegere a demersului clinic i-au condus pe pedopsihiatri să utilizeze surse teoretice foarte diverse. În această parte introductivă vom prezenta succint principalele conceptualizări teoretice care stau la baza exercitării pedopsihiatriei, fără a pretinde o trecere în revistă completă sau exhaustivă.

De fapt, începând din anii '50 se constată o extindere şi o multiplicare considerabilă a referinţelor teoretice aplicate la pedopsihiatrie, fapt ce conduce uneori la un mozaic conceptual în care neofitul nu îşi găseşte calea decât cu mare dificultate. Astfel, pe lângă contribuţiile teoretice tradiţionale ale psihanalizei

şi psihologiei comportamentale, s-au alăturat, printre altele, teoriile epistemologiei genetice, teoriile etologice, teoriile sistemice şi ale comunicării, în fine, noile cunoştinţe din domeniul neuro-anatomiei şi mai ales din cel al neurofiziologiei. Nu este deloc uşor să dai o viziune globală acestor cercetări atât de diverse, întrucât punctele lor de vedere sunt foarte diferite. Cum spunea J. Constant: *„Freud, Piaget, Wallon şi mulţi alţii nu au aceeaşi viziune asupra copilului. Nici nu văd aceleaşi fapte şi nici nu descriu aceleaşi comportamente. Modul în care îşi studiază obiectul, atât ca metodă cât şi ca raportare teoretică, conferă acestui obiect o semnificaţie diferită în fiecare caz, iar uneori chiar opusă".*

Nu este deci nici posibil şi nici întotdeauna dezirabil să propui o sinteză sau să trasezi un tablou cronologic al dezvoltării care să ţină cont de toate datele acumulate din perspective atât de diferite. În plus, maturizarea copilului este un proces permanent şi continuu. Toţi autorii care s-au ocupat de studierea sa au decupat acest proces în faze, stadii, poziţii, puncte nodale, organizări, etape critice, crize etc., pentru a introduce un clasament şi/sau o ierarhizare în această dezvoltare. Osterrieth, pornind de la analiza lucrărilor realizate de numeroşi autori, a relevat existenţa a 61 de perioade cronologice între 0 şi 24 de ani (adică în medie o nouă perioadă la fiecare 4-5 luni!). Altfel spus, iată cât de complex este studiul dezvoltării copilului imediat ce ne îndepărtăm de nivelul simplei observări macroscopice a comportamentului (vârsta staţionării în şezut, apoi în picioare, mersul, curăţenia etc.), şi ce importanţă are contextul teoretic propriu autorului.

Dintre diferitele curente teoretice le vom izola pur şi simplu pe acelea care ni s-au părut esenţiale pentru pedopsihiatrie. Acest decupaj conţine desigur o parte de arbitrar şi de artificial, dar este inevitabil datorită necesităţii conciziei acestei prime părţi. Am exclus de aici ansamblul maturizării neurofiziologice perinatale: maturizarea electrogenezei cerebrale (v. Studiile Dreyfus-Brisac & col. asupra EEG la prematuri şi nou-născuţi); maturizarea neurologică (dovedită de reflexele neurologice arhaice: reflexul Moro, reflexul de agăţare, reflexul punctelor cardinale, mersul automat); maturizarea biologică (în special evoluţia rapidă a maturării hepatice). Ansamblul acestor procese maturative relevă *neotenia* nou-născutului uman: prin neotenie se înţelege de fapt prematuritatea fiziologică a puiului de om în comparaţie cu majoritatea puilor din alte specii animale. Nou-născutul uman vine pe lume cu un echipament insuficient pentru a se adapta activ la mediul înconjurător. Acest rol este rezervat anturajului bebeluşului în cursul primilor ani de viaţă. Este un aspect fundamental ce explică în parte importanţa socializării fiinţei umane.

Alături de conceptele clasice de *filogeneză* (ce caracterizează evoluţia speciilor) şi de *ontogeneză* (ce caracterizează dezvoltarea individului pornind de la patrimoniul său genetic), conceptul mai recent de *epigeneză* circumscrie această neotenie.

Numim *epigeneză* orice organizare progresivă somatică sau comportamentală a individului, care este o construcţie ce depinde simultan de programul genetic şi de materialele şi informaţiile puse la dispoziţia sa de către mediu. Acest concept de epigeneză relevă dificultăţile ce apar când se încearcă într-o manieră prea caricaturală o separare a echipamentului genetic înnăscut de aportul dobândit din partea mediului.

În cadrul unei specii particulare, locul epigenezei este cu atât mai mare cu cât neotenia este mai importantă: acesta este în mod evident cazul bebeluşului uman.

Filogeneză, ontogeneză, epigeneză – trei numere ilustrează sfidarea unei teorii care încearcă să articuleze aceste trei planuri: în specia umană stocul genelor de structură este de cca zece mii (10^4), stocul neuronilor cerebrali este de zece miliarde (10^{11}), iar numărul interconexiunilor sinaptice dintre aceşti neuroni este de un milion de miliarde (10^{15}) (J.-P. Changeux). Diferenţele dintre aceste cantităţi ridică problema relaţiilor dintre structură şi funcţie, apoi dintre funcţie şi funcţionare. Pornind de la un stoc limitat de gene de structură, cum se construieşte epigeneza neuronală, pe de-o parte, epigeneza interactivă, pe de altă parte, şi cum se poate gândi articularea dintre aceste două planuri? Această interogaţie parcurge o mare parte a acestei lucrări.

1 PRINCIPALELE SURSE TEORETICE ALE PEDOPSIHIATRIEI CLINICE

În cadrul acestui capitol vom face o prezentare foarte succintă a suporturilor teoretice la care pedopsihiatria face referire în practica sa. Aceste suporturi sunt de natură foarte heterogenă, iar compatibilitatea lor nu este întotdeauna evidentă. Ne vom limita aici la aspectele cele mai generale ale acestor teorii întrucât vom face, de-a lungul acestei lucrări, un loc mai amplu tuturor suporturilor teoretice proprii fiecărui domeniu patologic, fie că este vorba despre fiziologie, neuropsihologie, de contribuțiile psihanalitice sau epistemologice.

1. — BAZELE NEURO-ANATOMICE ȘI NEUROFIZIOLOGICE ALE COMPORTAMENTELOR

1.1. — PROBLEMA MATURIZĂRII

Evoluția rapidă a structurilor și funcțiilor cerebrale în perioada perinatală explică variabilitatea diacronică a semnelor neurologice și dificultatea de a izola grupe semiologice care ar putea răspunde unei viziuni sincrone.

Această maturizare neurofiziologică trebuie legată de maturizarea progresivă a conduitelor umane dar printr-o corelație a cărei natură trebuie precizată. Există marele pericol de a considera practic funcționarea ca fiind rodul sistemelor neurologice pur și simplu juxtapuse. În evoluția funcțiilor și conduitelor trebuie studiat:

– ceea ce există într-o anumită perioadă a evoluției și modificările cronologice care se produc ulterior;

– ceea ce există, dispare, reapare și apoi dispare din nou în secvențe mai mult sau mai puțin lungi;

– ceea ce evoluează în sensul unei progresii funcționale succesive și se elaborează până când dobândește o anumită formă, mai mult sau mai puțin definitivă, pornind de la care procesul se modifică prin rafinare sau prin modificări secvențiale ale funcțiilor.

În procesul de maturizare care se referă la dezvoltarea morfologică și fiziologică a omului până la momentul în care ajunge la starea sa de maturitate, trebuie făcută distincția între anatomie, adică morfologia propriu-zisă, funcții, adică sistemele potențiale, și funcționare, adică activarea acestor sisteme. Anatomia, funcțiile și funcționarea se situează la niveluri de organizare distincte; ele întrețin diferite raporturi cu echipamentul înnăscut și contribuțiile din partea mediului; între ele se stabilesc legături de dependență, dar și un anumit grad de independență, astfel încât caracteristicile uneia nu sunt suficiente pentru a determina în totalitate caracteristicile celorlalte.

Cu alte cuvinte, dacă maturizarea anatomică are propriile sale legi de evoluție, și dacă ea este condiția necesară dezvoltării, ea nu constituie și condiția suficientă pentru a explica un comportament și evoluția sa în cursul creșterii bebelușului și apoi a copilului.

În altă ordine de idei, imaturitatea este adesea asimilată unei lipse, unei simplificări sau reduceri a proprietăților și caracteristicilor maturității; imaturitatea nu ar fi decât o stare mai simplă a maturității. Cercetările cele mai recente din domeniul neurofiziologiei dezvoltării arată că imaturitatea nu trebuie definită doar în termenii unei lipse: ea comportă legi proprii de funcționare care trebuie constant studiate dintr-o perspectivă diacronică. Astfel, J. Scherrer individualizează patru proprietăți ce ar fi caracteristice imaturității funcționale a sistemului nervos:

– numărul scăzut de neuroni activați și activabili, care sunt întotdeauna mai puțin numeroși decât la adult;

– lentoarea transmiterii semnalelor;

– debitul scăzut al impulsurilor neuronale, în raport cu o transmitere sinaptică anevoioasă;

– sensibilitatea deosebită a neuronilor față de mediu în anumite faze ale dezvoltării, sensibilitate pe care autorul o denumește „plasticitate electivă".

Aceste caracteristici ar explica de ce sistemul nervos imatur prezintă o redundanță și o fiabilitate scăzute, fapt ce conduce atât la plasticitatea, cât și la vulnerabilitatea sa.

Această imaturitate neurofiziologică permite de asemenea și „programarea epigenetică a sistemului nervos central" (A. Bourguignon) după cum cu ușurință demonstrează, cu titlu de exemplu, teoria stabilizării selective a sinapselor (teoria SSS elaborată de J.-P. Changeux). Această teorie are la bază constatarea experimentală la animal că numărul sinapselor evoluează în sensul unei reduceri

de la naştere către vârsta adultă. Pentru J.-P. Changeux, o sinapsă este fie tranzitoriu labilă, fie definitiv stabilizată, fie degenerată. În cursul stabilizării, fiecare sinapsă intră în competiţie cu altele asemănătoare în vederea realizării unei anumite funcţii. Prin analogie cu selecţia naturală, teoria SSS postulează că numai sinapsele cele mai active, cele mai stimulate, cele mai performante se stabilizează, în vreme ce celelalte degenerează. Constatările experimentale ale efectelor privării de lumină a sistemului vizual al puilor de pisică indică următorul sens: dacă într-o perioadă sensibilă sinapsele nu primesc activarea prin stimulare senzorială, puiul de pisică va rămâne orb. În absenţa stimulării adecvate, sistemul sinaptic, imatur la naştere, şi traversând o fază optimă de sensibilitate (la pisică în intervalul dintre a 4-a şi a 6-a săptămână de viaţă), nu se organizează; deşi structura anatomică şi funcţia sunt corect constituite, funcţionarea nu se instituie. Totodată, dacă această teorie SSS oferă un model interesant şi seducător, aruncând o punte între structura neurofiziologică şi dezvoltarea conduitelor, ea dă cont cu dificultate de uimitoarea capacitate şi aptitudine de schimbare a sistemului nervos central uman. În opinia lui A. Bourguignon, „procesul de auto-organizare“ conceptualizat de H. Atlan, ar putea oferi o explicaţie în acest sens, opunând două sub-sisteme: unul caracterizat de redundanţa scăzută, a cărui stabilitate ar juca un rol în special în procesul de memorare; celălalt, printr-o mare redundanţă, ar constitui baza acestei capacităţi de auto-organizare.

Părăsind acest plan teoretic pentru a reveni la planul descriptiv, diferiţii autori care s-au aplecat asupra creşterii au încercat prin decupaje succesive să fixeze momentan acest proces diacronic continuu pentru a izola stadii, etape şi nivele sincrone care se pretează mai bine unui studiu static. În acest mod, în pofida bogăţiei acestor cercetări, permanenţa creşterii riscă să fie uitată în favoarea studiului doar al acestor etape: ceea ce este important în procesul de creştere, nu este etapa ca atare, ci trecerea de la o etapă la alta.

Or, esenţialul mişcării maturative constă în aprecierea repercusiunii diacronice mutuale dintre funcţionarea în sine (conduitele), funcţia pusă în joc şi structura neuro-anatomică implicată. Dacă structurile anatomice depind în mare parte de echipamentul înnăscut, conduitele sunt strâns dependente de mediul în care evoluează bebeluşul. Asta explică de ce este dificilă distincţia în cadrul organizării funcţionale a copilului între non-dobândit şi dobândit. În realitate, este mult mai util să concepem un continuum al comportamentelor mergând de la cele care sunt stabile în raport cu mediul şi relativ puţin influenţate de variaţiile mediului, până la cele labile în raport cu mediul. Comportamentul anterior desemnat ca „ne-învăţat“ sau „instinctiv“ poate fi plasat către extremitatea stabilă a acestui continuum, fără ca asta să implice că învăţarea este absentă în cursul dezvoltării sale, iar comportamentul desemnat anterior ca „învăţat“ poate fi plasat la extremitatea labilă a continuumului, fără ca asta să implice că aportul codului

genetic lipseşte complet. Astfel, din această perspectivă, în faţa unei conduite particulare, separarea arbitrară şi simplistă între înnăscut şi dobândit relevă mai degrabă un joc speculativ decât o atitudine realmente ştiinţifică.

1.2. – PROBLEMA LOCALIZĂRII CEREBRALE

Definirea bazelor neuro-anatomice ale comportamentelor întâmpină dificultăţi particulare atunci când este vorba despre om datorită dezvoltării considerabile a sistemului nervos central şi a multitudinii sistemelor de interacţiune ce reglează comportamentul (reglare individuală, dar şi familială, socială, culturală etc.). Cele câteva exemple clinice au toate la bază constatarea tulburărilor comportamentale secundare unor leziuni a căror amploare este întotdeauna enormă în comparaţie cu fineţea structurilor puse în joc şi a căror repartiţie geografică nu respectă repartiţia rolului funcţional al respectivelor structuri. După perioada iniţială a descrierii leziunilor macroscopice şi a consecinţelor lor comportamentale (al căror model îl constituie tulburările afazice în cazul afectărilor corticale ale emisferei stângi), urmată de studiile experimentale pe animale concepute doar sub unghiul defectologiei, era studiului disfuncţiilor sistemelor reglatoare introduce o nouă dimensiune.

Desigur, aceste studii sunt încă fragmentare, parţiale; ele nu oferă aplicaţii imediate pentru clinica comportamentelor umane. Pornind de la constatările pe animale, efectuate în laborator, este nevoie de. vigilenţă în faţa extrapolărilor abuzive şi pripite la comportamentul uman.

Totodată, o serie de dereglări comportamentale au ajuns să fie obţinute în prezent cu o regularitate şi fiabilitate suficiente pentru a putea descrie primele modele experimentale susceptibile, dacă nu să reproducă, cel puţin să aproximeze o serie de dereglări comportamentale observate în clinica umană. Creierul omului îşi dobândeşte specificitatea graţie dezvoltării considerabile a neocortexului. Dar persistă un arheocortex ce rămâne, la speciile animale inferioare, foarte important.

Studierea evoluţiei filogenetice a structurilor neuro-anatomice ale sistemului nervos central în comparaţie cu evoluţia comportamentelor la diferite specii permite avansarea unor ipoteze asupra instituirii filogenetice a unor structuri şi conexiuni neuro-anatomice implicate în anumite trăsături ale comportamentului uman. Printre diferitele unităţi structurale astfel definite, prima unitate neuro-anatomică descrisă a fost „creierul emoţiilor“ sau sistemul limbic. De altfel, sistemul septo-diencefalo-mezencefalic comportă structuri centrale (talamus, hipotalamus, epitalamus, aria septală, formaţiunea hipocampică, complexul amigdalian şi formaţiunea olfactivă), căi aferente (aferenţe senzitive şi senzoriale

venind de la trunchiul cerebral, aferenţe olfactive, aferenţe difuze de la neocortex) şi conexiuni eferente (fascicolul descendent median al teleencefalului, conexiunea cu neocortexul).

În lumina experimentelor pe animale pare foarte probabil că acest ansamblu funcţional intervine în comportamentele ce traduc emoţiile, expresia agresivităţii (v. cap. 12) sau conduitele sexuale. Aceste comportamente ocupă un loc privilegiat în cadrul conduitelor de socializare, fapt pe care experienţele efectuate de Karli l-au pus foarte bine în evidenţă. Astfel, distrugerea bilaterală a amigdalei la maimuţă antrenează o imposibilitate de resocializare. Animalul devine indiferent, se izolează şi nu supravieţuieşte mult timp: în cadrul acestei specii animale, amigdala pare să joace un rol important în elaborarea şi controlul reacţiilor emoţionale legate de socializare. La fel, hipocampul pare să fie implicat în procesele mnezice legate de recunoaşterea locurilor familiare.

Un subansamblu al acestui sistem septo-diencefalo-mezencefalic a fost în mod particular studiat de Le Moal şi de Tassin & col., cu ajutorul leziunilor din ariile dopaminergice pre- sau infralimbice şi cingulare. Aceste leziuni produc la animal un sindrom numit *sindromul ariei tegmentale ventrale* ce implică:

– o hiperactivitate locomotorie;
– un comportament hipoexplorator;
– o dispariţie a reacţiei de vigilenţă a atenţiei;
– o dispariţie a comportamentului de adunare.

Este vorba despre un sindrom permanent ce asociază o conduită de hiperactivitate motorie cu o hipoexplorare, animalul nemaifiind capabil de comportamente cu semnificaţie (în special la rozătoare: adunarea hranei): animalul devine incapabil să inhibe sau să îşi dirijeze motricitatea. Acest sindrom duce la moartea animalului.

Acest sistem reglator al activităţii motorii pare legat de activitatea dopaminergică (să amintim că neurolepticele blochează receptorii dopaminergici, în timp ce amfetaminele cresc nivelul de dopamină). Situaţiile stresante par să producă o activare a acestui sistem, activare responsabilă de reacţia de inhibiţie a activităţii motorii şi a vigilenţei atenţiei. La fel, izolarea prelungită a animalului pare să fie responsabilă de o hiperactivitate a acestui sistem mezocortical, care facilitează transmiterea unor mesaje cu caracter anxiogen.

Interesul pentru un astfel de sistem este acela de a arăta existenţa unor circuite modulatoare al căror rol pare să fie de a controla circuitele efectoare mai simple. Aceste sisteme modulatoare primesc informaţii cu origini multiple, interne, periferice sau centrale, dar şi externe, din mediul înconjurător. În funcţie de aceste informaţii, ele vor modula activitatea diverselor circuite neurofiziologice. Modalităţile de activare sau de inhibare a acestor sisteme reglatoare au interesul de a pune în relief interacţiunea constantă dintre natura mediului înconjurător şi capacităţile de reactivare a sistemului respectiv.

Abţinându-ne de la orice extindere abuzivă şi simplistă la comportamentul uman, putem considera că aceste sisteme modulatoare furnizează totodată modele mult mai apropiate de clinica conduitelor umane normale sau deviante, decât vechile sisteme lezionale corticale.

2. — TEORII CENTRATE PE COMPORTAMENT ŞI/SAU MEDIU: BEHAVIORISMUL, ETOLOGIA, TEORIILE SISTEMICE

2.1. — TEORII BEHAVIORISTE ŞI NEOBEHAVIORISTE

Watson, psiholog american (1913), a vrut să situeze studiul comportamentului uman în afara oricărei subiectivităţi. Pentru el, orice comportament uman este rezultatul unei învăţări secundare unei condiţionări: ansamblul comportamentului s-ar reduce, în opinia lui Watson, la o serie de reflexe condiţionate lipsite de repercusiuni reciproce între subiect şi mediul său. Condiţionarea învăţării este condiţionarea pavloviană simplă sau condiţionarea răspunsului (de unde şi denumirea de **teorie SR: Stimul–Răspuns**).

Opunându-se unei scheme reflexe prea simpliste, Skinner, încă din 1937, a propus, pornind de la experienţele asupra şobolanilor, modelul **condiţionării operante**.

Un şobolan este plasat într-o cutie de lemn în care se găseşte un mic levier a cărui manevrare declanşează venirea hranei. După o fază de explorare, şobolanul reuşeşte din întâmplare să apese pe levier. Se observă apoi că animalul îşi limitează progresiv mişcările la această activitate. Aceleaşi rezultate se obţin şi în cazul unui labirint în centrul căruia s-a plasat mâncare; animalul va găsi calea spre ea din ce în ce mai repede. Această condiţionare este cu atât mai rapidă cu cât *motivaţia* este mai puternică iar *recompensa* este mai gratificantă.

Contrar condiţionării răspunsului, condiţionarea operantă este subordonată voinţei animalului; este un veritabil program de realizare, conduita organizându-se puţin câte puţin pornind de la încercări şi erori pentru a atinge scopul; în fine, prin comportamentul său, animalul modifică natura mediului înconjurător. Pentru Skinner, ansamblul comportamentului uman şi învăţarea copilului pot fi înţelese

în termeni de condiţionare operantă. Ulterior, Wolpe avea să aplice direct aceste teorii la comportamentul uman în cadrul primelor tentative de terapii comportamentale (v. cap. 29, 1.5.).

Fie că este vorba despre behaviorism sau despre neobehaviorism, pentru aceste teorii SR personalitatea nu este decât o asamblare de condiţionări din ce în ce mai complexe; problemele de imagine mentală şi de structurare a psihismului sunt considerate ca superflue. *Obişnuirea* reprezintă singura structură de bază ce menţine legătura dintre stimul şi răspuns; dinamica este reprezentată de stimulare în sensul său cel mai fiziologic. În schimb, aceste teorii s-au preocupat prea puţin de aspectul genetic, nici un stadiu evolutiv nefiind descris la copil.

Aplicaţiile clinice ale acestor teorii se bucură în prezent de multă apreciere. Este bine să cunoaştem atât suportul teoretic, cât şi limitele acestuia. Vom găsi în lucrările lui Eysenck, Le Ny şi Cottraux ilustrări ale acestor aplicaţii, iar în articolul lui J. Hochmann o critică riguroasă a abuzării de ele.

2.2. — ÎNVĂŢAREA DIN PERSPECTIVA ŞCOLII RUSE

Puţin cunoscute în Occident, lucrările lui Vîgotsky, Leontiev, Anokhin, Zaporozhets au încercat să propună o teorie a învăţării care, dincolo de condiţionarea reflexă, ia în considerare procesul de dezvoltare internă a actului. Este cazul conceptului de „aferentaţie inversă". Aceasta are un dublu rol: pe de-o parte, joacă rolul de semnal pentru trecerea la lanţul comportamental următor în caz de succes, iar pe de altă parte, acela de semnal pentru repetarea comportamentului în caz de eşec al încercării. Vîgotsky şi colaboratorii săi au studiat problema transformării acţiunilor exterioare în proces intelectual intern, adică problema interiorizării. Cu titlu de exemplu, vom cita cazul bine studiat de Vîgotsky, de *pointing*[1] la copil (în *Evoluţia praxiilor ideomotorii*, J. Galifret-Granjon): este vorba despre gestul curent de a arăta un obiect cu mâna sau cu degetul arătător atunci când este numit (între 12 şi 30 de luni). Pentru Vîgotsky acţiunea de *pointing* joacă un rol esenţial în dezvoltarea limbajului copilului şi ar sta la baza tuturor formelor superioare de dezvoltare psihologică: fundamentul primitiv al acestui gest l-ar constitui încercarea nereuşită de a lua sau apuca un obiect asupra căruia copilul este complet orientat, îndreptat. Din acest gest va izvorî o nouă semnificaţie atunci când copilul, aflându-se la o distanţă prea mare, nu va putea să îşi apropie obiectul: mâna sa rămâne în aer, degetele continuând încercarea de a prinde. La început acest gest este unul pur motor. Totodată, un lanţ intermediar provenind din experienţă îl va transforma:

[1] În limba engleză în text, folosit cu sensul de a arăta, a indica (n. t.).

de fapt mama îi dă copilului obiectul către care el întinde mâna. Curând, copilul îndreaptă degetul către obiect, fără să mai încerce să îl apuce: gestul a devenit un gest pentru altcineva, altfel spus, gestul nu mai vizează un obiect, ci o persoană. Mişcarea de a „arăta cu degetul" a devenit un mijloc de comunicare.

Pentru Vîgotsky această secvenţă demonstrează importanţa socializării; gestul propriu copilului, la început pur motor, nu capătă un sens decât printr-o intervenţie socială externă. Dezvoltarea psihică apare la început ca ţinând de „categorii intermentale" (adică generate de relaţiile dintre indivizi) pentru ca ulterior să se organizeze în „categorii intramentale" [trebuie semnalat că acest gest de „a arăta cu degetul" a fost ulterior preluat de foarte mulţi autori (Werner şi Kaplan, Bruner), dar Vîgotsky a fost cel care, fără să fi fost primul care îl descria, i-a demonstrat întreaga sa importanţă].

Ulterior, Leontiev, un elev al lui Vîgotsky, va numi *parametri ai acţiunii* factorii ce conduc la interiorizarea şi simbolizarea progresivă a comportamentelor motorii (generalizarea actului, reducerea actului, asimilarea, gradul de interiorizare).

În ansamblul lor, aceste cercetări sunt foarte apropiate de teoriile piagetiene, chiar dacă trecerea de la actul motor la actul simbolic este, în perspectiva autorilor din şcoala rusă, suscitată în mod esenţial de un aport extern ce nu răspunde unei structurări interne, iar asta îi opune autorilor piagetieni.

2.3. — ETOLOGIA ŞI APLICAŢIILE SALE: J. BOWLBY

Etologia studiază animalul din cadrul său normal de viaţă şi nu în laborator, aşa cum procedează behavioriştii şi neobehavioriştii. S-ar putea spune că în etologie animalul pune o problemă omului, în vreme ce în experimentele pavloviene omul pune o problemă animalului. Fondatorii etologiei sunt K. Lorenz şi N. Tinbergen, dar numai o dată cu experienţele lui Harlow (1958) asupra maimuţelor Rhesus şi cu cercetările paralele efectuate de Bowlby asupra bebeluşului uman, etologia a văzut deschizându-i-se câmpul aplicaţiilor la comportamentul uman. Lucrarea lui Eibl-Eibesfeldt reprezintă o introducere teoretică indispensabilă pentru cel care doreşte să se familiarizeze mai în profunzime cu metodologia de lucru în etologie. Noţiunile de amprentă şi de teritoriu, deşi esenţiale, nu sunt explicitate aici.

Cercetările lui Harlow

Printr-o serie de experienţe devenite celebre, Harlow a demonstrat necesitatea unei legături de ataşament între puiul Rhesus şi mamă, precum şi toate implicaţiile pe care le antrenează lipsa de ataşament.

Niște pui de maimuță Rhesus sunt crescuți într-o izolare socială mai mult sau mai puțin completă încă de la naștere. Atunci când izolarea socială este totală în cursul primelor trei luni se remarcă, după încetarea izolării, câteva lacune în dezvoltarea socială, dar o dezvoltare satisfăcătoare a funcțiilor cognitive. Atunci când izolarea socială durează mai mult de 6 până la 12 luni, se observă o incapacitate a formării oricărei dezvoltări sociale (nu există manipulare, nici jocuri sexuale).

Când se propun puilor de maimuță mame artificiale, puii preferă mamele acoperite de cârpe moi în locul mamelor din fire metalice. Această variabilă nu se schimbă, chiar dacă „mamele metalice" au un biberon: pentru Harlow, asta înseamnă că reconfortarea prin contact sau „atașamentul" constituie o variabilă majoră în legătura cu mama, superioară chiar și aportului de hrană. Au fost studiate mai multe variabile secundare (mama care se leagănă, mama stabilă, mama încălzită, mama rece): puii Rhesus preferă, dintre „variabilele secundare", mamele care se leagănă și mamele care sunt încălzite, dar aceste variabile se schimbă în timp.

Puii Rhesus separați de mamă dar crescuți laolaltă prezintă un comportament social mai bun decât cei ținuți în izolare. Femelele crescute în izolare totală au ulterior un comportament foarte rejectant față de propriul lor pui.

Aceste experimente arată importanța nevoii precoce de atașament și sechelele durabile, chiar definitive, pe care o provoacă o carență precoce de atașament puiului de Rhesus.

Există o perioadă sensibilă dincolo de care recuperarea nu mai este posibilă.

Cercetările lui J. Bowlby

Încă din 1958, Bowlby a ajuns să respingă teoria sprijinirii pulsiunii libidinale pe satisfacția orală (teoria lui Freud) pentru a reconsidera în lumina cercetărilor din domeniul etologiei noțiunea de atașament față de mamă. Să menționăm că încă înainte de asta exista deja în școala ungară de psihanaliză (P. Hermann) teoria atașării primare. Bowlby consideră că atașamentul bebelușului față de mamă și al mamei față de bebeluș rezultă dintr-un număr de sisteme de comportamente caracteristice speciei. Aceste sisteme se organizează în jurul mamei. Inițial Bowlby a descris cinci sisteme comportamentale: suptul – agățarea – urmărirea – plânsul – surâsul. Aceste cinci module comportamentale definesc conduita de atașament. Această conduită este primară: ea are ca scop, în opinia lui Bowlby (1969), să mențină copilul în proximitatea mamei (sau mama în proximitatea copilului, deoarece unele dintre aceste conduite sunt cele de urmărire, dar altele sunt conduite de chemare: plânsul – surâsul).

Această abordare respinge în special noțiunea fundamentală în teoria freudiană de întemeiere a relației de obiect libidinal prin sprijinire pe satisfacția trebuinței orale. Ea a stat la originea a numeroase controverse între psihologii comportamentaliști sau de formare etologică și psihanaliști. Se poate citi referitor la acest subiect confruntarea interesantă dintre o serie de puncte de vedere foarte diferite (în: *Atașamentul*, ed. Delachaux și Niestlé, 1974).

În domeniul psihopatologiei, Bowlby a descris, inspirându-se în parte din cercetările lui Harlow, reacțiile copiilor la separarea de mamă. El a izolat la copiii cu vârsta între 13 și 32 de luni o serie de trei mari faze consecutive dispariției mamei (v. descrierea în cap. 18, 1.2.):

- faza de protest;
- faza de disperare;
- faza de detașare.

Pentru Bowlby această reacție la separare stă la baza reacțiilor de teamă și anxietate ale omului. El descrie de altfel, la copiii care au suferit deja separări sau care au fost amenințați în acest sens, conduita de *atașament anxios*.

Studiile etologice recente

Din ce în ce mai multe echipe efectuează cercetări asupra sugarului și a copilului mic inspirându-se din principiile etologiei. Aceste studii se centrează în general asupra interacțiunilor mamă–copil sau a celor dintre copiii de aceeași vârstă (observația în grădiniță sau în creșă). Accentul este pus pe comportamentele preverbale ale copilului, cercetările recente căutând să „decripteze" un veritabil cod de comunicare preverbală. Astfel, Schaal descrie o reacție precoce de orientare a capului bebelușului în direcția unui tampon impregnat de mirosul mamei încă din a doua zi de viață; de cealaltă parte, mamele, încă din a patra zi întorc capul către un tampon impregnat de mirosul bebelușului. Menneson a încercat să stabilească o corelație între gestualitatea copilului în fața oglinzii și comportamentul adultului: un copil aflat singur în fața oglinzii se privește des; dar în prezența adultului copilul renunță la oglindă dacă adultul nu se privește, și se privește în oglindă dacă și adultul face asta.

Montagner a studiat comportamentele între copii și a definit diferite secvențe comportamentale. Astfel, el distinge printre interacțiunile dintre copii o serie de secvențe comportamentale ce au ca scop calmarea și crearea de legături (gestul de a oferi, mângâierea, sărutul, înclinarea laterală a capului...) și alte secvențe care conduc la o ruptură a legăturii, un recul, fugă sau agresiune (deschiderea gurii acompaniată de emiterea unor vocalizări stridente și proiectarea înainte a unui braț sau a unui picior). În funcție de frecvența producerii acestor conduite, Montagner descrie diverse tipuri comportamentale (lideri, dominanți agresivi, dominanți fluctuanți, dominați temători, dominați agresivi...) ce par să fie în parte corelate cu tipul de atitudine al mamei și să se schimbe o dată cu atitudinea acesteia, cel puțin până la vârsta de trei ani. Totodată, această încercare de tipologie nu este admisă de către unii autori.

Astfel, studiile etologice cele mai recente caută să izoleze unităţi comportamentale „semnificative" precizându-le caracteristicile genetice (vârsta apariţiei şi apoi a dispariţiei) şi de mediu (tipurile de declanşatori, consecinţele asupra anturajului). Cu titlu de exemplu vom cita zâmbetul şi râsul, deschiderea largă a ochilor, înclinarea laterală a capului, împingerea capului înainte etc. În orice caz trebuie să reamintim că aspectul părtinitor pentru aceşti autori ţine de faptul că este întotdeauna vorba despre comportamente observabile; în schimb, efectele interiorizate, fanteziile şi fantasmele, dacă nu sunt ignorate, în orice caz nu sunt studiate.

2.4. – TEORIILE COMUNICĂRII ŞI TEORIILE SISTEMICE

Mai mult decât în cazul teoriilor precedente, aici nu este vorba despre studiul unui individ, copil sau adult, ci de o abordare centrată înainte de toate pe interacţiunile dintre indivizi în cadrul unui ansamblu.

Aceste teorii nu propun nici un model al dezvoltării copilului, nici nu sunt preocupate de cunoaşterea organizării psihopatologice interne a copilului sau a părinţilor săi: atenţia lor este îndreptată exclusiv asupra modurilor de comunicare.

Principiile de bază pe care se sprijină aceste teorii sunt relativ simple, uşor perceptibile din exterior: motiv care, în parte, a făcut ca aceste abordări să devină atât de populare. Cunoaşterea lor nu prezintă un mare interes în ce priveşte copilul şi etapele sale de dezvoltare. În schimb, cunoaşterea acestor teorii este utilă în anumite abordări terapeutice cu unele familii (v. cap. 29, 4.1.).

Teoria comunicării a fost iniţial elaborată de psihiatrii de la universitatea californiană din Palo Alto, foarte impregnaţi de teoriile cibernetice: acestea le-au servit ca model prin noţiunile de retroacţiune pozitivă sau negativă, buclă regulatoare, sistem homeostatic etc.

De fapt, de la un model explicativ linear (modelul termodinamicii din sec. XIX), teoreticienii comunicării au trecut la un model circular în care fiecare termen este determinat de precedentul, dar este determinat şi de următorul, care are o acţiune retroactivă asupra primului, şi aşa mai departe (v. fig. 1 şi 2).

Vom enunţa foarte pe scurt principiile comunicării, care sunt în număr de cinci:

1) Este imposibil pentru un individ plasat într-o interacţiune să nu comunice: refuzul de a comunica nu este decât un tip particular de comunicare;

2) Orice comunicare prezintă două aspecte: conţinutul comunicării şi tipul de relaţie stabilită între cei doi protagonişti. Asta defineşte nivelul explicit de comunicare, precum şi nivelul implicit. Trecerea de la nivelul explicit la nivelul

A → B → C

FIG. 1. – *Modelul interacţiunii lineare*

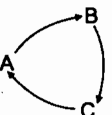


FIG. 2. – *Modelul interacţiunii circulare*

implicit presupune capacitatea de a comunica despre comunicare: aceasta este **metacomunicarea**;

3) Natura relaţiei între doi parteneri depinde pentru fiecare de punctarea secvenţelor de comunicare;

4) Există două moduri heterogene de comunicare, **comunicarea digitală** (limbajul însuşi) şi **comunicarea analogică** (tot ceea ce ţine de limbaj: intonaţie, mimică, postură...);

5) Interacţiunile sunt fie de natură simetrică (tendinţa la egalitate şi la minimalizarea diferenţelor), fie de natură complementară (tendinţa de a maximaliza diferenţele şi utilizarea lor în comunicare).

Pornind de la aceste baze teoretice, Bateson şi apoi Jackson & col., au propus un model particular de înţelegere a familiilor în care se află un bolnav mintal, în general un bolnav schizofren.

Teoriile sistemice reprezintă aplicarea la un grup particular a acestor principii ale comunicării. Familia este tocmai modelul unui sistem care, ca orice sistem, se caracterizează prin două tendinţe contradictorii:

– tendinţa homeostatică;

– necesitatea schimbării, în special atunci când unul dintre membri se schimbă.

În multe familii, copilul se află în centrul unei reţele strânse de interacţiuni, în special în cazul unei conduite deviante, fapt care i-a condus pe numeroşi psihiatri şi/sau psihologi pentru copii să utilizeze referinţele sistemice şi teoriile comunicării în abordarea terapeutică. Cititorul se va raporta la capitolul 27, 4.2., sau la lectura unor lucrări de bază, cum ar fi cele de Jackson & col. şi de Selvini & col.

Am procedat la o foarte scurtă prezentare a acestor teorii, nu pentru că ele iau în considerare punctul de vedere al dezvoltării (atitudinea este chiar total opusă, deoarece, citind descrierile de terapie sistemică, avem sentimentul că natura interacţiunilor este în mod riguros aceeaşi la orice vârstă, fie că este

vorba despre un copil de 5 ani sau despre un adolescent de 17 ani), ci datorită răspândirii lor actuale. Alături de terapiile comportamentale, terapiile centrate pe comunicare sau sistem (terapia sistemică) caută adesea să se opună într-o manieră polemică terapiilor centrate pe organizarea psihică internă. Ar fi de dorit ca nişte confruntări mai puţin pasionate între diverşi teoreticieni să poată determina domeniile de activitate cele mai pertinente: este ceea ce noi am încercat să facem într-o oarecare măsură în ultima parte a acestei lucrări.

3. — PSIHOLOGIA COPILULUI ŞI ŞTIINŢELE COGNITIVE

3.1. — DEZVOLTAREA COGNITIVĂ ÎN VIZIUNEA LUI J. PIAGET

În paralel cu cercetările sale epistemologice, Piaget s-a ocupat de descrierea evoluţiei funcţionării cognitive a copilului pornind de la observarea directă şi prin studiul longitudinal al evoluţiei diferitelor strategii pe care acesta le foloseşte pentru rezolvarea unei probleme experimentale.

Pentru Piaget, finalitatea căutată este *adaptarea* individului la mediul său. Adaptarea este o caracteristică a oricărei fiinţe vii: inteligenţa umană este înţeleasă ca forma de adaptare cea mai rafinată care, graţie unei serii de adaptări succesive, permite atingerea unei stări de echilibrare a reglării dintre subiect şi mediu.

În afară de maturizarea neurologică, mai intervin două serii de factori: pe de-o parte, rolul exerciţiului şi al experienţei dobândite în cadrul acţiunii efectuate asupra obiectelor; de cealaltă parte, interacţiunile şi transmiterile sociale. Aceşti factori provenind din trei planuri diferite contribuie la o construcţie progresivă *„astfel încât fiecare inovaţie devine posibilă numai în funcţie de cea precedentă"*. Această construcţie are ca obiectiv atingerea unei stări de echilibru pe care Piaget o descrie ca *„o autoreglare, adică o serie de compensări active ale subiectului ca răspuns la perturbările exterioare şi la un reglaj simultan retroactiv şi anticipator, constituind un sistem permanent de astfel de compensare"*.

Două concepte permit înţelegerea acestui proces de adaptare şi apoi de echilibrare: este vorba despre asimilare şi acomodare.

Asimilarea caracterizează încorporarea elementelor mediului în structura individului.

Acomodarea caracterizează modificările structurii individului în funcţie de modificările mediului.

„Adaptarea este un echilibru între asimilare şi acomodare". Adaptarea cognitivă este considerată ca o prelungire a adaptării biologice; ea reprezintă forma de echilibrare superioară. Aceasta nu este desăvârşită decât atunci când ajunge la un sistem stabil, adică atunci când se realizează un echilibru între asimilare şi acomodare. Aceste sisteme stabile definesc mai multe paliere sau stadii în evoluţia genetică a copilului.

Noţiunea de stadiu în epistemologia genetică este fundamentală. Ea are la bază următoarele principii:

– stadiile se caracterizează printr-o ordine de succesiune invariantă (şi nu doar o simplă cronologie);

– fiecare stadiu are un caracter integrativ, adică structurile construite la o anumită vârstă devin parte integrantă a structurilor vârstei următoare;

– un stadiu este o structură de ansamblu non-reductibilă la juxtapunerea subunităţilor care o alcătuiesc;

– un stadiu implică în acelaşi timp un nivel de pregătire şi un nivel de desăvârşire;

– în orice succesiune de stadii, este necesar să se distingă procesul de formare, de geneză şi formele de echilibru final.

Aceste definiţii ale unui stadiu sunt sensibil diferite de noţiunea de stadiu aşa cum se regăseşte ea în teoriile psihanalitice (v. p. 29). Accederea la un nou stadiu se traduce printr-o formă radical nouă de organizare a proceselor cognitive, categoric heterogenă în raport cu organizarea din stadiul precedent.

Astfel, se disting patru mari perioade:

Perioada de inteligenţă senzorio-motorie

Piaget împarte această perioadă preverbală în şase stadii (– exerciţiu reflex: 0-1 lună; – primele obiceiuri: 1-4 luni; – adaptări senzori-motorii intenţionate: 4-8/9 luni; – coordonarea schemelor secundare şi aplicarea la situaţii noi: 9-11/12 luni; – reacţia circulară terţiară şi descoperirea de mijloace noi prin experimentări active: 11/12-18 luni; – inventarea de mijloace noi prin combinare mentală: 18-24 luni). Schema de acţiune reprezintă echivalentul funcţional al operaţiilor logice ale gândirii. O **schemă de acţiune** *este ceea ce este transpozabil, generalizabil sau diferenţiabil de la o situaţie la alta, altfel spus ceea ce este comun diferitelor repetiţii sau aplicaţii ale aceleiaşi acţiuni (Biologie şi cunoaştere)*. Exemple de scheme de acţiune: schema de a balansa un obiect suspendat, de a trage un vehicul, de a viza un obiectiv; sau, de o manieră mai complexă: schema de reuniune (tot ceea ce uneşte), schema de ordonare (orice conduită de clasare). Aceste scheme de acţiuni motorii reprezintă deci unităţi comportamentale elementare, ce nu sunt legate direct de obiecte; aceste scheme

de acţiuni permit asimilarea progresivă de noi obiecte şi în acelaşi timp acestea din urmă, prin acomodare, provoacă apariţia de noi scheme. Prin experienţă şi exerciţiu senzorio-motor se organizează progresiv conduitele semnificative şi intenţionate. De asemenea, pornind de la experienţa motorie se construieşte o reprezentare mentală a obiectului.

Perioada preoperatorie (de la 2 la 6 ani)

Această perioadă marchează accederea progresivă la inteligenţa reprezentativă; fiecare obiect este reprezentat, adică va corespunde unei imagini mentale ce permite evocarea obiectului respectiv în absenţa sa. Copilul ajunge să-şi dezvolte funcţia simbolică (sau semiotică): limbajul, imitarea ulterioară, imaginea mentală, desenul, jocul simbolic. Piaget numeşte **funcţie simbolică** *„capacitatea de a evoca obiecte sau situaţii care nu sunt percepute în prezent folosindu-se de semne sau simboluri"*. Această funcţie simbolică se dezvoltă între 3 şi 7 ani prin **imitare** sub formă de activităţi ludice: copilul reproduce în joc situaţiile care l-au impresionat, l-au interesat, l-au neliniştit. Limbajul acompaniază jocul şi permite interiorizarea progresivă. Totuşi copilul nu este capabil încă să se decentreze de propriul punct de vedere şi nu poate pune în relaţie reciprocă propriile percepţii succesive: gândirea nu este încă reversibilă, de unde şi termenul de **preoperativitate**.

Gândirea se bazează pe intuiţia directă: astfel, pentru aceeaşi cantitate de lichid aflat în tuburi cu secţiuni diferite, în opinia sa va fi cu atât mai multă apă cu cât nivelul este mai ridicat, deoarece copilul nu este capabil, la această vârstă, să pună în relaţie înălţimea coloanei de apă cu secţiunea tubului.

Perioada operaţiilor concrete (de la 7 la 11-12 ani)

Această perioadă marchează un mare progres în socializarea şi obiectivarea gândirii. Copilul devine capabil să se decentreze, nu se mai limitează doar la propriul său punct de vedere, poate coordona mai multe puncte de vedere şi să extragă consecinţele. Devine capabil să se elibereze de aspectele succesive ale percepţiilor sale pentru a distinge dincolo de ceea ce se schimbă ceea ce rămâne invariant. Limita operatorie a acestei perioade rămâne marcată de necesitatea suportului concret: copilul nu poate să gândească încă pornind numai de la enunţările verbale.

Pornind de la manipulările concrete, copilul poate observa simultan transformările şi aspectele invariante. El accede astfel la noţiunea de reversibilitate şi realizează primele grupări operatorii: înserierea, clasificarea. Gândirea procedează prin tatonări, înainte-înapoi (operaţie inversă şi reciprocitate). Se instituie astfel noţiunile de conservare a substanţelor (greutate, volum), apoi de conservare spaţială şi conservare numerică.

În acelaşi timp, în domeniul social, copilul ia cunoştinţă de propria gândire, de cea a altora, fapt ce precede o îmbogăţire a schimburilor sociale. El acceptă punctul de vedere al altora, sentimentele lor. Devine posibilă o veritabilă colaborare şi cooperare de grup între mai mulţi copii. Maniera din ce în ce mai complexă a jocurilor evidenţiază aceste lucruri.

Perioada operaţiilor formale (începând de la 11-12 ani)

Această perioadă care marchează intrarea în adolescenţă nu este abordată în lucrarea de faţă (v. cuvânt înainte).

3.2. — PSIHOLOGIA DEZVOLTĂRII, UN EXEMPLU: H. WALLON

Pornind de la observarea copiilor înapoiaţi mintal, apoi de la studiile longitudinale şi anchetele pe grupe de vârstă, Wallon a studiat dezvoltarea copiilor, mai întâi prin prisma interacţiunii dintre echipamentul motor şi afectivitatea nou-născutului, iar apoi dintre copil şi mediul social.

Wallon descrie o serie de **stadii** care răspund unei stări tranzitorii de echilibru ce îşi are originile în trecut, dar care influenţează totodată viitorul. Contradicţiile trăite de către copil provoacă o serie de crize ce stau la baza remanierilor care permit trecerea la un nou stadiu. Cercetările lui Wallon îşi păstrează întreaga valoare prin importanţa pe care a acordat-o celor două axe de raportare: axa afectivitate-emotivitate şi axa echilibrului tonico-motor.

În special lui Wallon i se datorează noţiunea de *dialog tonic*, ce reprezintă un veritabil schimb preverbal între copil şi anturajul său. În zilele noastre, etologia (v. 2.3.), într-o altă manieră de formulare, atribuie o mare importanţă motricităţii precoce şi sistemelor de comunicare preverbale pe care le implică gestualitatea şi tonicitatea.

Stadiul impulsiv pur. — Îl caracterizează pe nou-născut. Răspunsul motor la diferite tipuri de stimulare este un răspuns reflex: asistăm când la o descărcare motorie masivă, lipsită de control superior, când la un reflex adaptat obiectului său (supt, prehensiune reflexă).

Al doilea stadiu numit emoţional. — Este marcat în jurul vârstei de 6 luni, prin prevalenţa semnalelor orientate către universul uman, pornind de la semnalele reflexe (plâns, zâmbete) prezente în stadiul precedent. Bebeluşul nu are numai trebuinţe fiziologice (să fie hrănit, spălat...), ci şi nevoi afective şi emoţionale: are nevoie de mângâieri, să fie legănat, sărutat, să râdă etc. Bebeluşul reclamă aporturile afective pe care le împărtăşeşte cu partenerul sau partenerii adulţi.

În acest stadiu, copilul reacţionează în faţa imaginii pe care o vede în oglindă. În opinia lui Wallon, el se crede imaginea pe care o vede, *„motiv pentru care îi zâmbeşte, îi întinde braţele, o numeşte cu prenumele său"*. Nu există o reprezentare deoarece *„obiectul trebuie să devină mai întâi exterior pentru a putea fi reprezentat. Între experienţa imediată şi reprezentarea lucrurilor trebuie să intervină în mod necesar o disociere"* (Wallon, citat de J. Constant).

Stadiul senzorio-motor (sfârşitul primului an, începutul celui de-al doilea): marchează prevalenţa actului motor în cunoaşterea obiectelor. Mai întâi pur impulsivă, activitatea senzorio-motorie evoluează către inventarea unor conduite proprii descoperirii de noi experienţe. Două activităţi senzorio-motorii joacă un rol considerabil: mersul şi vorbirea. Mersul deschide copilului mic un spaţiu care îi transformă complet posibilităţile de investigare. Cuvântul deschide câmpul activităţilor simbolice după ce a depăşit nivelul simplei activităţi artro-fonatorii (lalaţie, gângurit).

Stadiul proiectiv (către 2 ani). — Este stadiul în care activitatea motorie în sine stimulează activitatea mentală (conştiinţa în opinia lui Wallon): copilul cunoaşte obiectul prin acţiunea pe care o exercită asupra lui. Actul este însoţitorul necesar al reprezentării. Din acest punct de vedere echipamentul tonic de bază care permite realizarea praxică este esenţial.

Stadiul personalismului (de la 2 ani şi ½ la 4-5 ani). — Copilul ajunge să se elibereze el singur din situaţiile în care este implicat, ajungând la o „conştiinţă de sine". Această „conştiinţă de sine" implică faptul că el este capabil să aibă o imagine de sine, o reprezentare de sine a cărei traducere clinică o constituie negativismul şi faza de opoziţie către vârsta de 2 ani şi ½ – 3 ani. Conştiinţa de sine se opune în manieră dialectică conştiinţei de altul: copilul dezvoltă o sensibilitate excesivă în raport cu altul, de unde „reacţia de prestanţă", jena, ruşinea. După această perioadă, copilul caută să se afirme în ochii altuia, să obţină o recunoaştere: opoziţie, bufonerie şi prostii. După această perioadă de opoziţie, graţie progreselor în controlarea motricităţii, copilul poate să se facă admirat, să iubească şi să îşi seducă anturajul (faza de graţie).

Stadiul personalităţii polivalente (începând de la 6 ani). — Până aici, etapele precedente au avut drept cadru „constelaţia familială"; o dată cu începerea şcolarizării, copilul formează legături cu anturajul social, dar acestea sunt marcate la început de o perioadă de incertitudine, de schimbări rapide în funcţie de interese şi de circumstanţe. Copilul participă la numeroase jocuri de grup, schimbă roluri şi funcţii, îşi multiplică experienţele sociale.

Pe lângă H. Wallon, mulţi alţi autori au analizat dezvoltarea psihologică a copilului, fiind interesaţi când de descrierea cât mai precisă posibil a procesului de creştere fără a utiliza în manieră explicită o teorie a dezvoltării (Gessell), când, dimpotrivă, de ideea de a analiza această dezvoltare prin prisma unei teorii unificate a dezvoltării. Totuşi, după Piaget, nici un autor nu a mai propus o nouă teorie a dezvoltării susceptibilă să integreze într-un ansamblu armonios şi explicativ multiplele date culese graţie experienţelor care s-au realizat totuşi referitor la dezvoltarea cognitivă a copilului, a sugarului şi chiar a nou-născutului. De fapt, numeroase experienţe au condus la o punere în discuţie a constructivismului piagetian (Bruner, Bower, Gibson...). Aceste interogaţii se află la baza a ceea ce numim astăzi „ştiinţele cognitive".

3.3. — ŞTIINŢELE COGNITIVE

În anii '70 mai multe ştiinţe s-au polarizat în jurul dezvoltării inteligenţei artificiale: psihologia, lingvistica, ştiinţele computării şi ale inteligenţei artificiale, epistemologia şi neuroştiinţele. Din intersectarea lor a izvorât ceea ce avea să se numească „ştiinţele cognitive". Aceste noi discipline au ca ambiţie, dacă nu să definească, cel puţin să descrie „inteligenţa" şi funcţionarea sa: „obiectul ştiinţei cognitive este în mod esenţial cunoaşterea virtuală... Ştiinţele cognitive sunt deci ştiinţe ale competenţei cognitive, adică ale competenţei de a forma şi produce cunoaştere oricare ar fi variaţiile materiale ale sistemului care le constituie originea" (G. Tiberghien, 1986). În mod evident domeniul ştiinţelor cognitive depăşeşte cu mult domeniul care ne interesează pe noi aici, adică dezvoltarea copilului sub raportul multiplelor sale aspecte, inclusiv cele patologice. Totuşi, experienţele din ce în ce mai numeroase referitoare la capacităţile cognitive ale nou-născutului şi ale sugarului ridică o serie de întrebări clinicianului în raport cu condiţiile acestei dezvoltări.

Fără a intra în detalii, este important să subliniem că marea majoritate a cercetărilor actuale pornesc de la un montaj experimental prototipic: acela al curbei de obişnuire. Un nou-născut sau un sugar supus unui stimul repetitiv trece printr-o perioadă de noutate, apoi se obişnuieşte treptat cu acest stimul până când ajunge din nou la nivelul reactiv ce a precedat stimularea. Ajuns la acest palier de „obişnuire", o modificare a stimulului provoacă o nouă reacţie de atenţie, reacţie măsurabilă prin diverşi parametri (ritm cardiac, mişcări oculare, agitaţie motorie, frecvenţa sucţiunilor non-nutritive etc.). Se dispune deci de o metodologie simplă ce permite evaluarea pragurilor perceptive (sonor, vizual, tactil), a competenţelor discriminative (culori şi forme, cuvânt şi limbaj...), a preferinţelor. Fiecare publicaţie aduce deci o experienţă nouă ce pune în evidenţă vastul câmp al competenţelor nou-născutului.

Din aceste diverse experienţe, anumite fapte se remarcă în mod regulat.

Funcţionarea psihică a nou-născutului nu porneşte de la o „tabula rasa“: învăţarea nu mai poate fi rezumată la expresia unei cunoaşteri genetic prestabilite ca o amprentă lăsată de experienţă în „ceara moale“ a unui creier virgin. În realitate, orice învăţare este posibilă doar pornind de la constrângerile prealabile, pe care J. Melher le numeşte „precursori ai operaţiilor“: „bebeluşul nu numai că este capabil să trateze informaţiile vizuale sau auditive, dar posedă şi anumiţi precursori ai operaţiilor mai abstracte în jurul cărora fiinţa umană îşi organizează viaţa raţională“. Aceşti precursori ai operaţiilor reprezintă nişte constrângeri pornind de la care informaţia dobândeşte sens.

Una dintre provocările epistemologice pe care aceste numeroase experienţe le-au ridicat în faţa teoriilor clasice, în special teoriei piagetiene, priveşte existenţa capacităţilor precoce de abstractizare, capacităţi ce ar preceda orice manipulare concretă. Experienţa principală, concepută de Meltzoff şi Borton (1979) reprezintă o ilustrare în acest sens: un sugar este „obişnuit“ să sugă o tetină rugoasă, prevăzută cu denivelări cilindrice, care îi este oferită fără a-i fi arătată. Apoi se proiectează pe un ecran imaginile unei tetine netede şi ale unei tetine cu rugozităţi. Privirea lui se va îndrepta de preferinţă către aceea pe care a supt-o. Astfel, „reprezentarea extrasă de bebeluş în timpul suptului ar corespunde imaginii vizuale, încât ne-am putea gândi că reprezentările pot fi construite oricare ar fi modalităţile senzoriale implicate, iar asta presupune deja nişte reprezentări abstracte“ (J. Melher).

Această capacitate de transmodalitate (Stern), sau de abstractizare, chiar dacă este încă prea devreme pentru a-i defini importanţa şi întinderea la naştere şi în primele luni de viaţă, ar putea dovedi pentru mulţi dintre cognitivişti emergenţa funcţiei simbolice şi a funcţiei de reprezentare.

Termenul de „reprezentare“ este probabil unul dintre cei mai polisemantici şi mai ambigui în domeniul dezvoltării cognitive şi afective a copilului. Nu există cogniţie, funcţie simbolică sau limbaj fără „reprezentare“; dar nici afect, pulsiune sau emergenţă fantasmatică fără „reprezentare“. „Reprezentarea“ în sens cognitiv şi „reprezentarea“ în sens psihanalitic au oare conţinuturi, dacă nu similare, cel puţin parţial comune sau, dimpotrivă, trebuie considerate ca fundamental diferite? Această problemă face în prezent obiectul unor numeroase discuţii.

4. — TEORII PSIHANALITICE

S. Freud şi-a îndreptat de foarte timpuriu atenţia asupra trecutului infantil al pacienţilor nevrotici adulţi; nevroza de transfer este direct legată de reactivarea nevrozei infantile, iar dezvăluirea sa caracterizează desfăşurarea curei. Astfel, copilul se află în centrul psihanalizei, dar este vorba despre un copil particular, cel puţin în cazul primelor scrieri psihanalitice: copilul de care se interesează psihanaliza este întâi de toate un copil reconstruit, un copil–model. Desigur, S. Freud a găsit în micul Hans ilustrarea clinică a ceea ce reconstrucţia teoretică pornind de la curele de adulţi îl făcea să presimtă, dar se cunosc particularităţile acestei observaţii (cazul lui Hans i-a fost relatat lui Freud şi a fost tratat de el graţie unui intermediar, tatăl copilului, el însuşi fiind unul dintre elevii lui Freud) şi multiplele discuţii teoretice pe care acest caz le-a generat (v. cap. 17, 3.2.).

Introducerea observaţiei directe a copilului nu a apărut decât mai târziu, în special la încurajarea Annei Freud, apoi a psihanaliştilor geneticieni americani (Spitz, Kris şi colaboratorii), înainte de a cunoaşte extinderea pe care o are în prezent pornind de la lucrările iniţiatoare ale lui J. Bowlby.

În acest text introductiv vom pune în lumină foarte succint conceptele care sunt îndeosebi pertinente în cadrul evoluţiei genetice a copilului.

4.1. — S. FREUD ŞI PRIMII PSIHANALIŞTI

Este foarte dificil să extragi din ansamblul operei lui S. Freud ceea ce vizează în primul rând copilul: teoria psihanalitică formează un tot. În acelaşi timp, interesul nostru îl constituie în special organizarea genetică a personalităţii şi studiul stadiilor de dezvoltare libidinală.

Concepte psihanalitice fundamentale

Studiul dezvoltării aparatului psihic trebuie să ia în considerare trei puncte de vedere:

Punctul de vedere dinamic. – Face să apară noţiunile de conştient, preconştient şi inconştient (prima topică) şi noţiunea fundamentală de conflict atât în dimensiunea sa pulsională (pulsiune libidinală, pulsiune agresivă, principiul plăcerii), cât şi a mecanismelor de apărare opuse acestor pulsiuni (refulare, contra-investire, formaţiune de compromis). La copil, pe lângă conflictele interne clasice, identice cu cele care se pot observa şi la adult, trebuie adăugate şi conflictele externe (A. Freud) sau imixtiunea în cadrul dezvoltării (H. Nagera) şi conflictele interiorizate (v. cap. 17, 3.2.).

Punctul de vedere economic. – Ia în considerare aspectul cantitativ al forţelor prezente: intensitatea energiei pulsionale, intensitatea mecanismelor de apărare şi a contra-investirilor, cantitatea de energie mobilizată de conflict...

Punctul de vedere topic vizează originea forţelor prezente (ale Sinelui, Eului şi Supraeului) şi natura relaţiilor între aceste diferite instanţe. Acest punct de vedere topic impune la copil studiul diferenţierii progresive a diferitelor structuri psihice.

– EUL nu apare decât progresiv, la început sub forma unui pre-eu, în stadiul narcisismului primar; el se organizează şi se degajează din narcisism în acelaşi timp cu obiectul libidinal. Rolul său iniţial este de a stabili un sistem defensiv şi adaptativ între realitatea externă şi exigenţele pulsionale.

– SUPRAEUL nu apare decât târziu în teoria freudiană, legat de complexul oedipian, prin interiorizarea imaginilor şi exigenţelor parentale. În cazul în care această interiorizare este suficient de modulată, limitările şi regulile impuse de Supraeu sunt o sursă de satisfacţie prin identificarea cu imaginile parentale. Ipoteza unui Supraeu precoce, arhaic, nu a fost formulată decât ulterior, de către M. Klein (v. 4.3.).

– SINELE INFANTIL pare să fie caracterizat de importanţa pulsiunilor parţiale şi de gradul de intricare între pulsiunile agresive şi pulsiunile libidinale, afectând uneori activitatea de legare a Eului şi conducând la dezintricări pulsionale.

La copil adăugăm în final şi punctul de vedere genetic. Acesta pune accentul pe evoluţia instanţelor psihice şi a conflictelor în funcţie de nivelul de dezvoltare atins de copil. Punctul de vedere genetic se articulează cu noţiunea de stadiu.

În teoria psihanalitică, un stadiu se caracterizează prin punerea în corespondenţă a unei surse pulsionale particulare (zonă erogenă), a unui obiect particular (tip de relaţie de obiect) şi a unui anumit tip de conflict, ansamblul acestora realizând un echilibru temporar între satisfacţia pulsională şi contra-investirile defensive.

În mod normal se observă o succesiune temporală a acestor stadii, dar în maniera unei încastrări progresive: nu se produce o heterogenizare formală de la un stadiu la altul, ci fiecare nou stadiu nu face decât să-l înglobeze sau să-l acopere pe cel precedent care rămâne întotdeauna subiacent şi prezent. Acest fapt opune noţiunea de stadiu, în sens psihanalitic, cu noţiunea de stadiu, în sens piagetian (v. 3.1.).

Noţiunile fundamentale de fixaţie şi regresie decurg din această accepţiune a unui stadiu.

– FIXAŢIA se observă atunci când legătura dintre pulsiune şi obiect este deosebit de strânsă. Fixaţia pune capăt mobilităţii pulsiunii opunându-se eliberării sale, adică schimbării de obiect; deci fixaţia este susceptibilă să devină un obstacol în calea schimbărilor necesare legate de dezvoltare. Din punct de vedere economic, fixaţia survine atunci când un eveniment sau o situaţie afectivă a marcat atât de puternic un stadiu evolutiv încât trecerea la stadiul următor a devenit dificilă sau chiar a fost inhibată. Un punct de fixaţie se poate observa în special atunci când 1) au fost resimţite satisfacţii excesive într-un anumit stadiu (exces de gratificare libidinală sau contra-investire defensivă intensă şi care devine sursă secundară de satisfacţie), 2) obstacolele întâlnite în cursul accederii la stadiul următor provoacă o frustrare sau o neplăcere astfel încât întoarcerea defensivă la stadiul precedent pare în mod imediat mai satisfăcătoare.

– CONCEPTUL DE REGRESIE este strâns legat de noţiunea de punct de fixaţie: acesta reprezintă de fapt un punct de apel la regresie. În dezvoltarea copilului este vorba cel mai adesea despre o **regresie temporală**, altfel spus copilul se întoarce la scopuri pulsionale caracteristice stadiilor anterioare. **Regresia formală** (trecerea de la procesele secundare la procesele primare) şi **regresia topică** (trecerea de la nivelul de exigenţă a Eului sau a Supraeului la nivelul de exigenţă a Sinelui) se observă mai rar şi caracterizează mai degrabă mişcările patologice.

Conceptele de puncte de fixaţie şi de regresie sunt operante în special în studiul dezvoltării: ele explică dizarmoniile frecvent observate. Evaluarea funcţiei lor patogene sau nu este unul dintre principalele obiective ale clinicianului confruntat cu conduitele simptomatice (v. cap. 2, 2.3. şi cap. 28, 1.).

Principiile funcţionării mentale pun în opoziţie principiul plăcerii şi principiul realităţii cu care se articulează **procesele primare** ale gândirii, opuse **proceselor secundare**. Principiul plăcerii este caracterizat de căutarea de a evacua şi de a reduce anumite tensiuni psihice, căutarea plăcerii descărcării pulsionale asociate compulsiei la repetiţie a unor experienţe. Principiul realităţii ia în considerare limitările, interdicţiile, temporizările necesare pentru ca descărcarea pulsională să nu aibă un aspect distructiv pentru subiect. Aceasta constituie în parte una dintre funcţiile Eului în devenire al copilului, de a planifica acţiunea, de a amâna satisfacerea în speranţa unei satisfacţii mai mari sau mai adaptate la realitate. În planul proceselor psihice putem deci defini procesele primare ca fiind caracterizate de o liberă curgere a energiei psihice în funcţie de expresia imediată a pulsiunilor provenind din sistemul inconştient. În sens opus, în cadrul proceselor secundare, energia este legată, adică satisfacţia poate fi amânată: aceste procese secundare se caracterizează prin recunoaşterea şi investirea timpului, experienţele mentale având ca scop găsirea mijloacelor adecvate pentru a obţine noi satisfacţii ţinând cont de principiul realităţii.

Trecerea la procesele secundare prin investirea proceselor mentale marchează pentru copil şi o reducere a **tendinţei de a acţiona**. Punerea în act, deosebit de frecventă la copil, este la început modalitatea privilegiată de descărcare a tensiunilor şi a pulsiunilor libidinale, dar mai cu seamă a celor agresive. Această

punere în act prin compulsia la repetiţie poate reprezenta un obstacol în calea investirii gândirii şi a proceselor secundare. La copil se remarcă o evoluţie progresivă, ce porneşte de la punerea în act normală, rezultând din incapacitatea copilului mic de a lega eficace pulsiunile, până la trecerea la act patologică, întrucât afectează în mod durabil investirea proceselor secundare.

Stadiile libidinale

Dacă teoria pulsiunilor ia în considerare dualismul pulsional (fie că este vorba despre dualismul pulsiune sexuală–pulsiune de autoconservare sau de al doilea dualism pulsiune de viaţă–pulsiune de moarte), studiul pulsiunilor la copil s-a limitat la început, cel puţin la Freud şi la primii psihanalişti (în special K. Abraham), la studiul pulsiunilor sexuale sau libidinale. A trebuit să se aştepte până la Melanie Klein pentru a i se da pulsiunii de moarte întreaga importanţă pe care i-o cunoaştem (v. 4.3.).

Freud desemnează sub denumirea de **sexualitate infantilă** *„tot ceea ce priveşte în prima copilărie activităţile de căutare a unei plăceri locale pe care un organ sau altul este susceptibil să o procure"*. Deci este o eroare limitarea sexualităţii infantile doar la genitalitate.

Principalele stadii libidinale descrise sunt următoarele:

Stadiul oral (0 – 12 luni). – Sursa pulsiunii este gura şi ansamblul cavităţii bucale; obiectul pulsiunii este sânul matern. Acesta provoacă *„satisfacţia libidinală sprijinită pe trebuinţa fiziologică de a fi hrănit"*. K. Abraham distinge două sub-stadii: **stadiul oral primitiv** (de la 0 la 6 luni) marcat de prevalenţa suptului fără diferenţierea corpului propriu şi a exteriorului, şi **stadiul oral tardiv** sau **faza sadic-orală** (6–12 luni) marcată de dorinţa de a muşca, de dorinţa canibalică de încorporare a sânului. În acest stadiu se dezvoltă ambivalenţa faţă de obiect: dorinţa de a suge, dar şi dorinţa de a muşca obiectul şi deci de a-l distruge.

În stadiul oral evoluţia **relaţiei de obiect** este caracterizată de trecerea de la narcisismul primar la stadiul anaclitic de relaţie cu obiectul parţial.

Stadiul narcisic corespunde stării de non-diferenţiere mamă–copil; singurele stări recunoscute sunt starea de tensiune în opoziţie cu starea de calm (absenţa tensiunii). Mama nu este percepută ca obiect extern şi nici ca sursă de satisfacţie. Puţin câte puţin, prin repetarea experienţelor, în special a experienţelor de gratificare şi de frustrare orală, primul obiect parţial, sânul, începe să fie perceput: relaţia este în acest moment anaclitică, în sensul că bebeluşul se sprijină pe momentele de satisfacţie pentru a forma primele trăsături ale obiectului şi îşi percepe, prin intermediul momentelor de frustrare, primele afecte.

Către sfârşitul primului an, mama începe să fie recunoscută în totalitatea sa, fapt ce introduce copilul în domeniul relaţiei de obiect total. Această fază a făcut ulterior obiectul unor numeroase cercetări: stadiul angoasei de străin descris de Spitz (v. 4.4.), poziţia depresivă descrisă de M. Klein (v. 4.3.). Noţiunea de **sprijinire** dă cont, în opinia lui Freud, de investirea afectivă a sânului şi apoi a mamei: de fapt, investirea afectivă a mamei se sprijină pe experienţele de satisfacţie care, la rândul lor, se sprijină pe nevoia fiziologică.

Stadiul anal (al doilea şi al treilea an). – Începe o dată cu achiziţia controlului sfincterian. Sursa pulsională devine acum mucoasa anorectală, iar obiectul pulsiunii este reprezentat de batonul fecal, ale cărui semnificaţii sunt multiple: obiect excitant al mucoasei, parte a corpului propriu, obiect de tranzacţie între copil şi mamă... K. Abraham distinge din nou două sub-faze: **stadiul sadic-anal**, în care plăcerea autoerogenă o deţine expulzia, materiile fecale fiind distruse, şi **stadiul de retenţie,** în care plăcerea este căutată în retenţie, introducând perioada de opoziţie faţă de dorinţele părinţilor.

Stadiul anal conduce copilul către o serie de cupluri dialectice structurante: expulzie–retenţie, activitate–pasivitate, supunere–opoziţie. În acest stadiu, relaţia se stabileşte cu obiectul total, conform unor modalităţi ce depind de relaţiile stabilite între copil şi materiile sale fecale: plăcerea erotică datorată retenţiei, supunerea şi pasivitatea ce se opun plăcerii agresive de a controla, stăpâni şi poseda. Cuplul sadism–masochism caracterizează în ansamblu relaţia de obiect în acest stadiu.

Stadiul falic (de la 3 la 4 ani). — Sursa pulsiunii se deplasează către organele genitale, obiectul pulsiunii fiind reprezentat de penis atât la băiat cât şi la fată. Satisfacţia provine din **erotismul uretral** şi din **masturbare**. Erotismul uretral reprezintă investirea libidinală a funcţiei urinare, marcată iniţial de „a lăsa să curgă", iar apoi de cuplul retenţie–erecţie. Masturbarea, mai întâi legată direct de excitaţia provocată prin micţiune (masturbare primară) reprezintă ulterior o sursă directă de satisfacţie (masturbare secundară). Pornind de la masturbare iau naştere teoriile sexuale infantile.

Fără a intra în detalii, vom cita în mod simplu curiozitatea sexuală infantilă ce conduce la descoperirea celor două sexe, apoi la fantasma **scenei primitive**, în care sexualitatea parentală este adesea trăită în manieră sadică, distructivă, copilul resimţind în acelaşi timp un sentiment de abandon. Urmează apoi, în jurul fantasmei scenei primitive, teoriile infantile asupra fecundării (orală, micţională, sadică prin sfâşiere) şi asupra naşterii (orală, anală sau sadică). *Obiectul pulsiunii este penisul.* Nu este vorba despre penis în accepţiunea sa de organ genital, ci despre penis ca organ al puterii, al împlinirii narcisice: de unde şi diferenţa dintre organ-penis şi fantasmă-falus, obiect mitic al puterii şi al

potenţei. Acest obiect introduce copilul în dimensiunea fie a angoasei de castrare (băiat), fie a angoasei de lipsă (fată): negarea castrării având ca scop, pentru fiecare dintre sexe, protejarea copilului împotriva conştientizării acestui lucru.

„Complexul oedipian" (5–6 ani). — Obiectul pulsiunii nu mai este doar penisul, ci partenerul privilegiat din cuplul parental; sursa pulsiunii rămânând excitaţia sexuală căutată în posesia acestui partener. Intrarea în acest stadiu oedipian este marcată de recunoaşterea angoasei de castrare, fapt ce îl conduce pe băiat la teama de a-şi pierde penisul, iar pe fată la dorinţa de a dobândi unul.

— FOARTE SCHEMATIC la băiat:

– mama devine obiectul pulsiunii sexuale. Pentru a o cuceri, băiatul îşi va desfăşura toate resursele libidinale, dar şi pe cele agresive. În absenţa unei posesii reale, copilul va căuta să obţină iubirea şi stima ei, de unde diferitele sublimări;

– tatăl devine obiect de rivalitate sau de ameninţare, dar în acelaşi timp şi obiect de imitaţie pentru a-şi însuşi puterea. Această însuşire se face prin intermediul competiţiei agresive, dar şi prin dorinţa de a place tatălui, în cadrul unei poziţii homosexuale pasive (oedipul inversat).

— LA FATĂ: — Decepţia de a nu fi primit un penis de la mamă o face să se îndepărteze de aceasta şi în consecinţă să *schimbe obiectul libidinal*. Această schimbare a obiectului libidinal o conduce pe fetiţă către un nou scop: să obţină de la tată ceea ce mama i-a refuzat. Astfel, în vreme ce fetiţa renunţă la penis, ea caută să obţină de la tată o despăgubire sub forma unui copil: *renunţarea la penis nu se înfăptuieşte decât după o tentativă de despăgubire: să obţină drept cadou de la tată un copil, să îi aducă pe lume un copil.*

În raport cu mama, fetiţa dezvoltă o ură geloasă, foarte încărcată de vinovăţie, cu atât mai mult cu cât mama rămâne o sursă deloc neglijabilă a unei părţi importante din satisfacţiile pulsionale pregenitale.

— DECLINUL COMPLEXULUI OEDIP este marcat de renunţarea progresivă la posedarea obiectului libidinal sub presiunea angoasei de castrare la băiat şi a temerii de a o pierde pe mamă în cazul fetiţei. Deplasarea identificărilor şi sublimările permit energiei libidinale să găsească alte obiecte de satisfacţie, în special prin socializarea progresivă şi investirea proceselor intelectuale.

Perioada de latenţă şi adolescenţa. – Acestea nu au fost direct studiate de Freud. Perioada de latenţă este considerată simplu ca o perioadă de declin al conflictului oedipian, în vreme ce adolescenţa, dimpotrivă, ca o reviviscenţă a aceluiaşi conflict, marcată însă de accederea deplină la genitalitate.

4.2. — CONTRIBUŢIA ADUSĂ DE ANNA FREUD

În cartea *Normal şi patologic la copil*, rod al unei îndelungate experienţe în psihanaliza copiilor, începută încă din 1936, A. Freud avansează două aspecte care acum pot să pară evidente.

Importanţa observării directe a copilului pentru a stabili ceea ce ea numeşte o *psihologie psihanalitică a copilului*. Această observare pune clar în evidenţă *rolul mediului* în dezvoltare, fapt ce deosebeşte psihanaliza aplicată la copil de psihanaliza adulţilor. Dependenţa copilului de anturajul său introduce o nouă dimensiune în patologie, mult mai importantă decât la adult, aceea a conflictelor de adaptare şi a conflictelor reactive (v. cap. 21, 3.).

Dezvoltarea copilului nu se produce conform unei programări ineluctabile cu o desfăşurare regulată. – Dimpotrivă, introducând conceptul de *linii de dezvoltare*, A. Freud arată că procesul de dezvoltare a copilului conţine în sine un potenţial de distorsiune din cauza inegalităţilor întotdeauna prezente între aceste linii de dezvoltare. O dezvoltare armonioasă, omogenă, constituie mai mult o referinţă, o ipoteză utopică decât o realitate clinică. *Dizarmonia* între liniile de dezvoltare devine unul dintre conceptele teoretice ale cărui aplicaţii clinice sunt printre cele mai importante (v. referitor la acest subiect discuţia cu privire la normal şi patologic – cap. 2; referitor la patologia funcţiilor cognitive – cap. 9, 3.3.; referitor la frontierele nosografiei – cap. 20.).

4.3. — CONTRIBUŢIA ADUSĂ DE MELANIE KLEIN

Două puncte complementare şi fundamentale caracterizează opera Melaniei Klein şi concepţiile sale asupra dezvoltării.

Importanţa dualismului pulsional. — Pulsiune de viaţă–pulsiune de moarte, de unde şi prevalenţa conflictelor interne în raport cu conflictele de mediu sau de adaptare (acestea din urmă fiind aproape ignorate de M. Klein).

Precocitatea acestui dualism pulsional. — Acesta există încă de la naştere, prealabil oricărei experienţe trăite, şi organizează deja primele stadii ale psihismului bebeluşului: Eul arhaic, Supraeul arhaic explicând conflictualizarea imediată a vieţii interne a bebeluşului care, încă de la naştere, manipulează rudimente de imagini concepute ca veritabile urme filogenetice.

Pornind de la aceste două postulate, importanţa şi precocitatea dualismului pulsional, poate fi înţeleasă opera atât de bogată realizată de M. Klein.

Încă de la început operează două mecanisme mentale particulare graţie cărora se pot constitui pre-formele aparatului psihic şi obiectelor: este vorba despre **introiecţie** şi **proiecţie**. Cele dintâi experienţe instinctuale, în special cele legate de alimentaţie, servesc la organizarea acestor operaţii psihice: *1)* experienţele bune, de satisfacţie, de gratificare sunt legate de pulsiunea libidinală; astfel este introiectat în interiorul bebeluşului un afect legat de un fragment din obiectul bun care va servi ca bază în stabilirea primului Eu fragmentat intern al bebeluşului; *2)* experienţele rele, de frustrare, de neplăcere sunt legate de pulsiunea de moarte: ele sunt trăite ca primejdioase şi sunt proiectate în exterior. Se constituie astfel o primă unitate fragmentară alcătuită dintr-un afect agresiv şi dintr-un fragment al obiectului rău rejectat în exterior, în non-Eu.

Această primă dihotomie dobândeşte un sens supradeterminat deoarece în jurul său se organizează următoarele noţiuni concomitente: Eu–non-Eu; fragment bun din obiect–fragment rău din obiect; interior–exterior. Totodată, revenirea permanentă a pulsiunii de moarte îl constrânge pe bebeluş să îşi intensifice fără încetare sistemul defensiv proiectând în exterior toate experienţele rele şi introiectându-le pe cele bune. Progresiv se vor constitui: *1)* un obiect periculos, rău, persecutor aflat în exteriorul bebeluşului, de care trebuie să se apere. Acest obiect constituie preforma Supraeului arhaic matern; *2)* un obiect bun, idealizat, gratificant, aflat în interiorul bebeluşului, obiect pe care el trebuie să îl protejeze. Acest obiect constituie preforma Eului arhaic. Pentru ca acest travaliu de diferenţiere să poată fi operat este însă necesar ca bebeluşul să poată tolera frustrările pe care realitatea i le impune în mod necesar. M. Klein consideră că, de la un bebeluş la altul, variaţiile acestei toleranţe la frustrare sunt în mare parte de origine ereditară.

Această fază constituie esenţa **poziţiei schizo-paranoide**. Ulterior, noi mecanisme mentale vor face mai complexă şi mai puţin netă această separare. Este vorba în special de **identificarea proiectivă** (mecanism prin care bebeluşul se identifică cu fragmentele de obiect proiectate în exterior), de **clivaj**, de **idealizare**, de **refuz al realităţii** etc.

În mare, M. Klein situează această fază schizo-paranoidă în primele luni de viaţă ale copilului; ea este urmată, începând de la 12–18 luni, de **poziţia depresivă**.

Poziţia depresivă îşi are originea în dobândirea unei noi posibilităţi a copilului de a recunoaşte, graţie experienţelor repetate de îngrijire, unicitatea obiectului bun şi rău, unicitatea sânului bun şi a sânului rău, a mamei bune şi a mamei rele. În faţa acestei unicităţi copilul resimte o *angoasă depresivă şi o culpabilitate* datorită urii şi iubirii pe care o nutreşte faţă de acelaşi obiect.

Totuşi, dacă experienţele bune predomină în raport cu cele rele, dacă obiectul bun nu este prea ameninţat de cel rău, Eul investit de pulsiunea libidinală poate

să îşi accepte şi pulsiunile distructive. Această acceptare, deşi este sursa unei suferinţe tranzitorii, permite o atenuare a clivajului şi a mecanismelor care îl însoţesc (idealizare, proiecţie persecutivă, refuz...) făcând mai realistă percepţia obiectului şi a Eului copilului. Copilul trece atunci de la o relaţie de obiect fragmentat (sân bun–sân rău) la o relaţie de obiect clivat (mamă bună–mamă rea) înainte de a ajunge la o relaţie de obiect total în care mama apare ca o persoană totală, întreagă, faţă de care copilul nutreşte sentimente de ambivalenţă. Recrudescenţa angoasei depresive poate provoca o retragere defensivă: acestea sunt **apărările maniacale**. Acceptarea angoasei depresive conduce la sentimente de doliu, de nostalgie, la dorinţa de reparare, apoi la acceptarea realităţii. În acelaşi timp, graţie atenuării mecanismelor din seria psihotică, copilul accede la simbolism şi implicit la dezvoltarea gândirii.

4.4. — PSIHANALIZA GENETICĂ: R.A. SPITZ, M. MAHLER

Psihanaliza genetică, ai cărei reprezentanţi principali în domeniul dezvoltării copilului sunt doi psihanalişti americani, Spitz şi M. Mahler, se situează pe linia şcolii americane de psihanaliză sau şcoala *psihologiei Eului* întemeiată de Hartmann. Acest curent distinge în mod clasic două tipuri de procese în perioada de creştere:

– **procesele de maturizare** care se înscriu în patrimoniul ereditar al individului şi nu sunt subordonate mediului;

– **procesele de dezvoltare** care depind de evoluţia relaţiilor obiectale şi deci de contribuţia anturajului.

Stadiile descrise de aceşti autori corespund întotdeauna unor epoci în care aceste două tipuri de procese se află în strânsă relaţie, permiţând accederea la un nou tip de funcţionare mentală.

R. A. Spitz

Este unul dintre primii psihanalişti care a utilizat observarea directă a copilului pentru a repera şi apoi a descrie etapele de evoluţie psihogenetică a copilului. Astfel, evoluţia normală este scandată de ceea ce Spitz numeşte *organizatori* ai psihismului: aceştia marchează *anumite niveluri esenţiale de integrare a personalităţii. În aceste puncte, procesele de maturizare şi de dezvoltare se combină unul cu celălalt pentru a forma un aliaj. După ce s-a realizat o astfel de integrare, mecanismul psihic funcţionează într-un mod nou şi diferit.* Spitz subliniază că instituirea unui organizator al psihismului se distinge prin apariţia unor noi scheme specifice de comportament pe care el le-a numit indicatori.

În primii doi ani de viaţă sunt descrişi trei mari organizatori

— Primul organizator specificat de apariţia zâmbetului la figura umană. Începând din a 2-3-a lună de viaţă bebeluşul uman zâmbeşte atunci când chipul uman îi apare din faţă. Acest indicator, zâmbetul, vădeşte instituirea primelor rudimente ale Eului şi stabilirea primei relaţii pre-obiectale care este încă nediferenţiată. Apariţia zâmbetului marchează trecerea de la stadiul anobiectal, dominat doar de necesitatea satisfacerii trebuinţelor instinctuale interne, la stadiul pre-obiectal, caracterizat de primatul percepţiei externe: principiul realităţii începe să funcţioneze chiar dacă nu permite încă o discriminare fină a mediului.

— Al doilea organizator specificat de apariţia reacţiei de angoasă la vederea figurii unui străin apare către vârsta de 8 luni (este numită adesea şi angoasa din luna a opta). Acest al doilea organizator reflectă integrarea progresivă a Eului bebeluşului (graţie urmelor mnezice acumulate) şi noua lui capacitate de a distinge un Eu şi un non-Eu. De asemenea, angoasa din luna a opta dovedeşte diviziunea între mamă şi non-mamă, altfel spus ea caracterizează stabilirea relaţiei cu primul obiect libidinal, mama, concomitent cu ameninţarea de a pierde această relaţie. De fapt, figura străinului, prin decalajul pe care îl introduce în aparatul perceptiv al bebeluşului, stârneşte sentimentul absenţei chipului matern şi suscită angoasa.

Copilul accede astfel la stadiul obiectal şi la stabilirea de relaţii cu obiecte diferite. Discriminarea mediului se rafinează pornind de la conduitele de imitaţie şi de identificare cu obiectul matern.

— Al treilea organizator specificat de apariţia lui „nu" (gest sau cuvânt) în cursul celui de-al doilea an de viaţă. Apariţia lui „nu" are la bază urmele filogenetice şi ontogenetice iniţiate de reflexul de căutare (*rooting reflex*[2]) şi de reflexul punctelor cardinale, ambele fiind reflexe cefalogire de orientare a copilului către mamelonul sânului, urmate apoi de reacţia de clătinare a capului în semn de refuz (spre exemplu refuzul biberonului). În opinia lui Spitz, accederea la „nu" îi permite copilului accesul la o distincţie completă între el şi obiectul matern (stadiul recunoaşterii de sine) şi, în consecinţă, să intre în câmpul relaţiilor sociale. În acelaşi timp, „nu" constituie prima achiziţie conceptuală pur arbitrară a copilului: acest fapt caracterizează accederea la universul simbolurilor şi la noua capacitate de **utilizare a simbolurilor**.

Pornind de la aceste studii asupra dezvoltării normale, Spitz a reperat o serie de distorsiuni patologice proprii anumitor situaţii traumatice. Se cunoaşte succesul studiilor sale asupra hospitalismului (v. cap. 18, 1.3. şi cap. 22, 1.2.) şi asupra patologiei psihosomatice a sugarului (v. cap. 19).

[2] În limba engleză în text (n.t.)

Margaret Mahler

A studiat copilul în interacţiunea sa cu mama şi a observat progresele acestuia în individuare. Studiind calea către această autonomie, M. Mahler a fost condusă la descrierea mai multor faze.

Faza simbiotică în cursul căreia copilul se află în situaţia de dependenţă absolută de mama sa: este vorba despre o fuziune psihosomatică ce oferă bebeluşului iluzia atotputerniciei şi a omnipotenţei. Această fază se împarte, în opinia autoarei, într-o primă perioadă, ce durează câteva săptămâni, de „autism primar normal" (corespondent al stadiului narcisic primar descris de Freud) şi o a doua perioadă „simbiotică propriu zis" (de la 3 la 10 luni), în cursul căreia bebeluşul începe să perceapă treptat originea externă a surselor de gratificare.

Faza de separare–individuare. — Începe în jurul vârstei de 8-10 luni şi durează până la 2½–3 ani. Este marcată iniţial de o primă deplasare parţială a investirii libidinale, între 10 şi 18 luni, la o epocă în care progresele motricităţii (datorate procesului de maturizare) conduc copilul către o extindere în afara sferei simbiotice. De altfel M. Mahler utilizează termenul de „ecloziune". Printr-o a doua deplasare mai masivă a investirilor, copilul retrage o mare parte a investirilor din sfera simbiotică pentru a le fixa asupra *„aparatelor autonome ale selfului şi a funcţiilor Eului: locomoţie, percepţie, învăţare"*. Totuşi există o lungă etapă de tranziţie caracterizată de aspectul fluctuant şi nesigur ce separă accederea la noţiunea de permanenţă a obiectului în sens piagetian (noţiune dobândită în mare parte, în opinia autoarei, graţie investirii aparatelor autonome ale selfului şi a funcţiilor Eului) de accederea la noţiunea de permanenţă a obiectului libidinal. Permanenţa obiectului libidinal înseamnă că imaginea maternă este intrapsihic disponibilă copilului, oferindu-i susţinere şi siguranţă, adică a dobândit o bună imagine a obiectului intern, stabilă şi sigură. Acest decalaj dintre noţiunea de obiect permanent în accepţiunea piagetiană (dobândit în jurul vârstei de 8-10 luni) şi vicisitudinile permanenţei obiectului libidinal (care nu este dobândită înainte de 2½ ani) explică întârzierile frecvente în procesul de individuare, marcat în special de perioade de **reapropiere**, în momentele în care copilul se teme că ar putea să piardă obiectul libidinal intern. Acest fapt se observă în special atunci când copilul dezvoltă o ambivalenţă deosebit de puternică faţă de obiectul său libidinal, şi explică numeroasele regresii observate în cursul procesului de individuare.

Pornind de la această teorie genetică centrată în jurul procesului de individuare M. Mahler a descris eşecurile sau blocajele acestuia ajungând la ipotezele patogenezei psihozelor precoce: psihoza autistă, psihoza simbiotică (v. cap. 16, 4.5.). Anumiţi autori au apropiat şi perturbările observate la adolescenţă de reactivarea conflictelor inerente procesului de separare–individuare.

4.5. — MARGINALITATEA LUI D. W. WINNICOTT

Winnicott, psihanalist englez cu formare pediatrică, a ocupat întotdeauna un loc original în domeniul psihanalizei copilului. Preocupat mai puțin de plasarea unor repere cronologice în dezvoltare, el a avansat o serie de propuneri care, la rândul lor, se lasă cu greu conceptualizate într-o manieră dogmatică. Rod al practicii sale, aceste ipoteze corespund mai degrabă, așa cum spunea M. R. Khan, unor „ficțiuni reglatoare".

La început, un bebeluș nu poate exista fără mama sa, potențialul său înnăscut neputându-se desfășura decât asociat cu îngrijirile materne. Mama unui nou-născut este cuprinsă inițial de ceea ce Winnicott numea o maladie normală, anume **preocuparea maternă primară**. Această preocupare maternă primară conferă mamei capacitatea de a se pune în locul copilului său și de a răspunde astfel nevoilor sale: grație acestei adecvări timpurii, bebelușul nu resimte deloc amenințarea anihilării și își poate investi fără primejdie *selful*. De partea mamei, *preocuparea maternă primară* se dezvoltă treptat în timpul sarcinii, durează câteva săptămâni după naștere și se stinge progresiv. Această stare poate fi comparată, în opinia lui Winnicott, cu o stare de repliere, de disociere sau chiar cu o stare schizoidă. Ulterior, mama se vindecă de această stare și o uită, acceptând să nu mai fie total gratificantă pentru copilul său: ea devine pur și simplu o mamă **suficient de bună**, adică o mamă care poate face greșeli uneori, dar acestea nu depășesc niciodată ceea ce copilul său poate trăi.

Atunci când mama nu se poate lăsa în mod spontan cuprinsă de starea de *preocupare maternă primară*, riscă să se comporte ca o **mamă terapeut**, incapabilă să satisfacă nevoile precocisime ale bebelușului său, impietând apoi în mod constant spațiul acestuia, angoasată și vinovată de eșecul său inițial. Ea își „vindecă" copilul, în loc să îi permită să aibă propriile lui experiențe.

Winnicott distinge în cadrul funcției materne trei roluri pe care le-a numit *holding, handling* și *object-presenting*[3]. „**Holding**" corespunde susținerii, menținerii copilului, nu numai fizic ci și psihic, copilul fiind inițial inclus în funcționarea psihică a mamei. „**Handling**" corespunde manipulărilor corpului: îngrijirile legate de toaletă, de îmbrăcare, dar și mângâierile, schimburile cutanate multiple. În fine, „**object-presenting**" definește capacitatea mamei de a pune la dispoziția bebelușului său obiectul exact în momentul în care acesta are nevoie de el, nici prea devreme nici prea târziu, astfel încât copilul are sentimentul atotputernic de a fi creat în mod magic acel obiect. Prezentarea prea timpurie a obiectului privează copilul de posibilitatea de a face experiența nevoii, apoi a dorinței, reprezentând o intervenție brutală în spațiul copilului, intervenție de care acesta trebuie să se protejeze creând un fals *self*. Invers, prezentarea prea târzie a obiectului conduce bebelușul la suprimarea dorinței sale pentru a nu se simți anihilat de nevoia și de furia sa. Bebelușul riscă astfel să se supună în mod pasiv mediului său.

[3] În limba engleză în text (n. t.).

În schimb, atunci când mama este *suficient de bună*, copilul dezvoltă un sentiment de atotputernicie, de omnipotență: el are iluzia activă de a crea lumea din jurul său. Această *„activitate mentală a copilului transformă un mediu suficient de bun într-un mediu perfect"*. Asta permite psihicului copilului să se *instituie în corp*, conducând la unitatea psihic-soma, bază a unui *self* autentic. Totodată, în fața micilor eșecuri inevitabile ale mamei, copilul simte o deziluzie moderată. Ea este necesară, copilul adaptându-se activ prin înlocuirea iluziei primitive cu o arie intermediară, aria creativității primare: Winnicott a numit-o **arie tranzițională,** iar cel mai caracteristic reprezentant al acesteia este **obiectul tranzițional**. Acest obiect nu este nici intern nici extern, el aparține lumii realității dar copilul îl include la început în universul iluziei și omnipotenței sale; el este anterior instituirii testării realității și reprezintă sânul sau obiectul primei relații. Acest obiect tranzitoriu și, în general, acest spațiu tranzițional constituie locul proiecției iluziei, al omnipotenței și al vieții fantasmatice a copilului. Este prin esență spațiul de joc al copilului (v. cap. 11).

În fine, noțiunea de **fals self** este deosebit de dificil de înțeles: este vorba despre un fel de ecran artificial între adevăratul *self* ascuns, ce trebuie protejat, și mediu, atunci când acest mediu este de proastă calitate, prea intruziv. Spre deosebire de adevăratul *self*, falsul *self* nu este creativ, nu dă copilului sentimentul de a fi real. El poate fi la origine o construcție defensivă împotriva spaimei de prăbușire și reprezintă conceptul care face legătura între dezvoltarea normală și domeniul patologicului.

4.6. — TENDINȚE RECENTE

Continuatorii Annei Freud

Chiar dacă disputa dintre M. Klein și A. Freud s-a atenuat mult, impulsul dat de aceste două conducătoare de Școală persistă prin lucrările continuatorilor lor. În cadrul *Hampstead Clinic*, Joffe, Sandler și Bolland duc mai departe operele Annei Freud.

Pornind de la o ilustrare clinică (*Psihanaliza unui copil de doi ani*, PUF, Paris, 1973), Bolland și Sandler au încercat să stabilească un index analitic, care să permită mai buna reperare și codificare a investigării psihanalitice a unui

copil. Joffe J. și A. M. Sandler sunt preocupați să distingă în dezvoltarea precoce a copilului, pe de-o parte, complexele psihopatologice structurante (poziția depresivă, evoluția relației de obiect), iar pe de altă parte, primele experiențe afective de bază, luând în considerare atât contribuțiile mediului cât și structurarea precoce a aparatului psihic. Pentru J. și A. M. Sandler, stabilirea de relații reprezintă o căutare a relației primare cu un obiect bun care nu este altceva decât *„încercarea de a menține relații apropiate, plăcute și fericite cu propria stare afectivă «bună» de bază, cu o constelație caracterizată de plăcere, de bunăstare și de sentimente de securitate"*. În același timp, copilul încearcă să facă să „dispară", în opinia autorilor, celălalt obiect afectiv primar, cel de care se leagă neplăcerea și durerea. Aceste două stări afective de bază organizează și dirijează stabilirea diverselor relații de obiect și, în consecință, structurarea psihismului copilului și apoi a adultului. În viziunea acestor autori, este importantă distingerea între expresia clinică a unei conduite și starea afectivă de bază cu care această conduită se articulează: astfel, la copil, este de dorit să fie separate depresia, individuarea și suferința care fac trimitere la serii semnificative diferite (v. cap. 18, 1.).

Continuatorul Melaniei Klein: W. Bion

W. Bion este un psihanalist englez care a aprofundat primele stadii de organizare a gândirii prelungind astfel teoriile kleiniene. Totodată, ipotezele lui Bion au la bază travaliul său analitic cu pacienți adulți profund regresați și nu observarea directă a copilului. Bion a ajuns să elaboreze o teorie a *aparatului de gândire a gândurilor* care, la origine, are drept scop descărcarea psihismului de excesul de stimuli care îl copleșește. Pentru Bion gândurile primitive se referă la impresiile senzoriale sau la trăirile emoționale foarte primitive și de calitate rea: proto-gândurile nu sunt altceva decât obiecte rele de care bebelușul trebuie să se elibereze. Gândirea își are originea în stabilirea unei corespondențe între o preconcepție (spre exemplu preconcepția sânului real) și o frustrare. Toleranța la frustrare constituie, pentru Bion, un factor fundamental în determinarea capacității de a forma gânduri: atunci când toleranța este suficientă, bebelușul utilizează mecanisme care tind să modifice experiența și conduc la producerea de elemente α. În absența toleranței la frustrare, bebelușul nu are altă cale decât să se sustragă experienței prin expulzarea elementelor β (lucruri în sine). „Elementele α" sunt impresiile senzoriale și trăirile emoționale primitive (într-un alt tip de formulare le-am putea numi afecte de bază: Sandler, Joffe): ele servesc la formarea gândurilor onirice, a gândirii inconștiente, a viselor și amintirilor. „Elementele β", în schimb, nu servesc pentru a gândi; ele constituie „lucruri în sine" și trebuie expulzate prin identificare proiectivă. În ceea ce privește *aparatul de gândire a gândurilor*, acesta se organizează în jurul a două concepte punând în relație, legat de primul, noțiunile de conținut–conținător, legat de al doilea relația dinamică dintre poziția schizo-paranoidă și poziția depresivă (PSD). Mama funcționează ca un conținător pentru senzațiile bebelușului, iar *capacitatea de reverie* îi permite să primească proiecțiile-nevoi ale copilului și să le dea un sens. În ceea ce privește poziția depresivă, aceasta permite reintegrarea în psihismul copilului a elementelor disociate și fragmentate din faza precedentă.

Bion prelungește astfel în manieră interesantă formulările teoretice introduse de M. Klein, centrându-se în special pe organizarea gândirii, domeniu puțin explorat dincolo de abordarea proceselor primare și a proceselor secundare, cu care rămâne dificilă avansarea unei comparații.

5. — INTERACȚIUNEA

Vom regrupa în acest ultim paragraf studiile din ce în ce mai numeroase în care „interacțiunea" dintre parteneri este luată în considerare în cadrul observației. De data aceasta nu mai este vorba de descrierea fie a performanțelor sau patologiei unui bebeluș sau a unui copil, fie a psihopatologiei unui adult (în general mama), ci de analizarea tipului de raport care îi unește pe cei doi parteneri și a modului în care acest raport structurează viața psihică a unuia și a celuilalt. Primele studii asupra „interacțiunii" provin din două domenii diferite:

— abordarea numită „sistemică", al cărei obiectiv inițial era înțelegerea și apoi tratarea patologiei unui pacient în cadrul familiei sale (v. mai departe);

— studiile asupra relațiilor dintre mamă și bebelușul său.

Am rezumat deja succint principiile teoriilor sistemice. Ne vom centra atenția asupra interacțiunilor dintre bebeluș și mama lui.

De mai mulți ani toate studiile și observațiile asupra bebelușului și chiar a nou-născutului arată că acesta din urmă nu mai poate fi considerat ca un organism pasiv, inert, un fel de „pastă moale" lăsată în voia îngrijirilor materne, ci dimpotrivă, că este un partener de sine stătător în relație, capabil să orienteze și să influențeze. Asta a condus la noțiunea că bebelușul este în mod cert o ființă vulnerabilă, dar și un partener dotat cu o competență evidentă. Aceste două noțiuni în conjuncție, aceea de vulnerabilitate și aceea de competență, ghidează studiile recente asupra interacțiunilor dintre bebeluș și mediul său (v. partea a 4-a a acestei lucrări).

5.1. — COMPETENŢA

Acest termen, apărut recent în studiile psihologice asupra bebeluşului, desemnează capacitatea activă a acestuia de a-şi utiliza aptitudinile senzoriale şi motorii pentru a acţiona sau a încerca să acţioneze asupra mediului său: „Bebeluşul se naşte cu mijloace excelente pentru a-şi semnala nevoile şi recunoştinţa faţă de anturajul său: de fapt, el poate chiar să aleagă ceea ce aşteaptă de la părinţi sau să respingă ceea ce nu vrea prin mijloace atât de puternice încât, în loc să fie perceput ca o bucată de lut ce trebuie modelat, eu îl consider o fiinţă cu o foarte mare forţă" (Brazelton). Bruner propune clasarea formelor pe care le prezintă primul tip de competenţă în „(1) forme reglatoare ale interacţiunilor cu alţi membri din aceeaşi specie, pe de-o parte, şi (2) forme implicate în stăpânirea obiectelor, a mijloacelor şi a secvenţelor de evenimente cu organizare spaţială şi temporală, pe de altă parte".

Al doilea tip de competenţă a făcut obiectul multor studii în special graţie magnetoscoapelor şi înregistrărilor cinematografice a căror importanţă în acest domeniu este de neînlocuit. Aceste studii, inspirate cel mai adesea din metodologia utilizată în etologie, dezvăluie multiplele „competenţe" ale nou-născutului sau ale bebeluşului. Putem cita cu titlul de exemplu (nu putem avea pretenţia ca în acest simplu paragraf de introducere să prezentăm complet un domeniu atât de vast şi aflat în explorare continuă):

– *vederea:* capacitatea nou-născutului de a urmări cu privirea un obiect de culoare vie, de a fixa o formă structurată (figura umană, cercuri concentrice...) un timp mai îndelungat decât stimulii cu o culoare uniformă;

– *auzul:* capacitatea nou-născutului de a reacţiona la sunete pure, dar mai ales preferinţa pe care o arată faţă de sunetele umane, în special vocea mamei, inhibând parţial restul motricităţii sale;

– *mirosul:* capacitatea de discriminare olfactivă care permite distingerea mirosului mamei, preferinţa pentru mirosul laptelui comparativ cu apa îndulcită;

– *gustul:* capacitatea de a discrimina şi de a prefera laptele matern comparativ cu laptele „maternizat";

– *motricitatea:* capacitatea de a imita de foarte timpuriu anumite mimici (încă din a treia săptămână: scoate limba, deschide gura...), de a întinde mâna către obiectul-ţintă şi de a schiţa comportamente de prehensiune complexă etc.

Există însă diferenţe individuale extrem de importante de la un bebeluş la altul în privinţa gradului lor de activitate motorie, de reactivitate la stimuli, de competenţă în discriminarea semnalelor primite, şi în special în ceea ce priveşte

capacitatea de excitabilitate sau de calmare („iritabilitatea" şi „consolabilitatea"), capacităţi diferenţiale ce stau la baza scalelor de evaluare (v. cap. 3.3.).

În acelaşi timp, toţi autorii sunt de acord cu privire la recunoaşterea importanţei schimburilor afective şi sociale ce înconjoară şi condiţionează dezvoltarea acestor diferite competenţe. Vom adăuga aici şi prima formă de competenţă descrisă de Bruner, cea care joacă un rol reglator în interacţiunile umane. De fapt, „pentru ca bebeluşul să poată urma progresia dezvoltării competenţelor, trebuie să-i fie asigurate raporturi sociale adecvate, tipul de susţinere difuză, afectivă, dar atât de vitală, fără de care nu ar putea avansa" (Bruner).

5.2. — INTERACŢIUNEA OBSERVATĂ

Puntea de legătură dintre competenţa în raport cu obiectele, aşa cum am descris-o succint, şi competenţa interactivă, altfel spus capacitatea bebeluşului de a participa activ la o interacţiune socială, poate fi regăsită în conceptul de „zonă proximă de dezvoltare" introdus de Vîgotsky: această zonă este „distanţa dintre nivelul de dezvoltare actual aşa cum poate el fi determinat prin intermediul modului în care copilul rezolvă singur problemele, şi nivelul de dezvoltare potenţial, aşa cum poate fi determinat prin intermediul modului în care copilul rezolvă problemele dacă este asistat de adult sau colaborează cu alţi copii mai avansaţi". Am văzut într-unul din capitolele precedente (v. 2.2.) un excelent exemplu al acestei zone proxime de dezvoltare legat de gestul de „a arăta cu degetul" şi modul în care înţelegerea anticipată a mamei dă un sens gestului copilului, sens ce organizează în mod secundar simbolizarea acestui gest. În această „zonă proximă de dezvoltare" se poate exersa competenţa bebeluşului şi competenţa mamei, creând un efect de întărire mutuală când se asociază unul cu celălalt, sau dezorganizând comportamentul unuia sau altuia atunci când nu poate fi găsit „acordajul" (D. Stern): „pe măsură ce partenerii simt că îşi pot controla mutual starea de atenţie, învaţă să se cunoască şi să se influenţeze rezultând un fel de reciprocitate sau de interacţiune afectivă" (Brazelton). Această interacţiune comportamentală era deja descrisă în anumite domenii, cum ar fi tonicitatea, prin intermediul noţiunii de „dialog tonic" între mamă şi bebeluş: maniera în care mama ţine bebeluşul, îl aşază pentru alăptare etc. (J. de Ajuriaguerra). Mai recent, accentul a fost pus (Brazelton, Stern, de Ajuriaguerra, Casati) pe natura ciclică a acestei interacţiuni, în special în cursul stărilor de vigilenţă, de atenţie şi de retragere. Această ritmicitate, în mod primitiv aflată în serviciul controlului şi menţinerii stărilor fiziologice interne, permite progresiv bebeluşului „să încorporeze serii de mesaje mai complexe, iar apoi să realizeze că ceea ce încorporează face parte din propriul său repertoriu". În opoziţie,

absenţa sau excesul de răspuns din partea partenerului creşte considerabil perioadele de retragere şi merge până la dezorganizarea conduitelor bebeluşului: excesul de stimulare provoacă retragerea, fenomen ce poate fi observat foarte bine la bebeluşii vulnerabili, cum sunt spre exemplu cei prematuri (v. cap. 25, 2.), iar absenţa răspunsului matern (mama păstrează timp de 2-3 minute o figură impasibilă în faţa bebeluşului) provoacă o mare dezorganizare şi o retragere majoră a bebeluşului.

Dacă în ceea ce-l priveşte pe bebeluş interacţiunea se caracterizează prin competenţa şi capacitatea sa de „acordaj“ sau de modelaj după conduitele materne, în ceea ce priveşte mama interacţiunea se caracterizează prin capacitatea ei de a „culege“ din conduitele bebeluşului secvenţe preferenţiale cărora le conferă sens prin anticipare. „Atunci când acest sistem de reciprocitate funcţionează bine, el furnizează copilului informaţiile necesare pentru a-şi continua dezvoltarea. De fiecare dată când face o nouă achiziţie, el primeşte un răspuns retroactiv din partea anturajului ce are efectul de a-l realimenta interior“ (Brazelton). Această capacitate a mamei de a da o semnificaţie prin anticiparea conduitelor bebeluşului, capacitate apropiată de iluzia anticipatoare (Diatkine), depinde în mare măsură de poziţia preconştientă şi inconştientă pe care mama o conferă bebeluşului său, nu numai bebeluşului viu pe care îl ţine în braţe, ci şi bebeluşului fantasmatic din imaginarul său. Acest fapt ne conduce la aşa-numita interacţiune „fantasmatică“.

5.3. — INTERACŢIUNEA FANTASMATICĂ

O serie de autori (Cramer, Kreisler, Lebovici) au încercat să facă o sinteză între multiplele date rezultate din observarea interacţiunilor mamă–copil şi teoria psihanalitică. O astfel de încercare readuce în discuţie problema trecerii de la câmpul observaţiei interpersonale la domeniul analizei determinanţilor intrapsihici. Adepţii teoriei sistemice refuză un astfel de salt teoretic lăsând în mod deliberat în umbră conţinutul „cutiei negre“. În mod contrar, unii terapeuţi de familie utilizează uneori concepte psihanalitice fără o reelaborare riguroasă în scopul înţelegerii relaţiilor interindividuale, printr-o glisare teoretică a cărei validitate teoretică poate fi considerată ca îndoielnică. Servindu-se de noţiunea de „interacţiune fantasmatică“, S. Lebovici propune un model de înţelegere ce ţine cont simultan de observaţiile directe asupra interacţiunii mamă–copil şi de ţesătura fantasmatică intrapsihică ce subîntinde, organizează şi dă sens acestei interacţiuni. În opinia lui Lebovici, „având în vedere că bebeluşul constituie o figuraţie a imaginilor parentale, deoarece obiectele interne create de copil sunt modulate de

acestea şi deci de producţiile fantasmatice ale mamei, se pot remarca toate elementele a ceea ce noi am descris sub denumirea de interacţiuni fantasmatice“. Kreisler şi Cramer definesc „interacţiunea fantasmatică“ prin „caracteristicile investirilor reciproce dintre mamă şi copil: ce reprezintă copilul pentru mamă şi invers?, ce reprezintă oralitatea? etc.“. Este necesar ca observatorul să fie conştient că în interacţiunea mamă–copil interferează mai mulţi bebeluşi: **bebeluşul real – bebeluşul fantasmatic – bebeluşul imaginar**, iar aceste interferenţe pot facilita sau impieta potrivirea dintre mamă şi bebeluş. **Copilul fantasmatic** corespunde copilului dorinţei de maternitate; el izvorăşte direct din conflictele libidinale şi narcisice ale mamei, adică este legat de conflictul oedipian al mamei. **Copilul imaginar** este copilul dorit; el se înscrie în problematica de cuplu ce este subîntinsă de viaţa fantasmatică a mamei şi a tatălui. **Copilul realităţii** materiale este, în cele din urmă, cel care interacţionează concret, cu bagajul său genetic şi competenţele sale particulare întotdeauna susceptibile să intre în rezonanţă cu fantasmatica maternă: această rezonanţă poate împlini dorinţele sau dimpotrivă să confirme temerile fantasmatice şi, „făcând asta“, mama va da un sens precis conduitelor bebeluşului, iar apoi va răspunde acestor conduite în funcţie de acest presupus sens, răspunsuri care, într-un timp secund, structurează la rândul lor comportamentul bebeluşului. Prin intermediul acestui „aşa-făcând interactiv“ se organizează viaţa fantasmatică a mamei şi a bebeluşului: interacţiunile precoce mobilizează fantasmele materne care, la rândul lor, contribuie la dezvoltarea epigenetică a vieţii fantasmatice a bebeluşului.

Studiul raporturilor dintre această „fantasmă a bebeluşului“, acest „bebeluş imaginar“ şi ceea ce suscită comportamentele bebeluşului real, permite o evaluare a potenţialului evolutiv al interacţiunii mamă–copil. Atunci când aceste raporturi satisfac dorinţele, linişteşte spaimele, interacţiunea are toate şansele de a-i îmbogăţi şi stimula pe ambii parteneri. Atunci când confirmă spaimele sau generează decepţii, interacţiunile riscă să se blocheze în conduite repetitive din ce în ce mai patologice. În fine, atunci când aceste raporturi nu se pot institui, poate să apară riscul unei investiri parţiale sau dereale a copilului.

Această observaţie teoretică nu este lipsită de importanţă având în vedere că se află în legătură directă cu practica terapiilor „mamă–bebeluş“ în cadrul cărora rolul terapeutului este tocmai acela „de a da un sens comportamentului pe care îl observă, să spună acest lucru, să îl enunţe: revelând astfel conţinutul. Totul se petrece ca şi cum ar vorbi către preconştientul mamei şi către ceea ce se va lega între sistemul primar şi sistemul secundar al bebeluşului“ (v. Terapia mamă–copil, cap. 29, 3.).

6. — MODELE EXPERIMENTALE

Poate să pară surprinzătoare sau chiar deplasată utilizarea expresiei „modele experimentale“ într-o lucrare consacrată psihopatologiei copilului. Totuși, viziunea etologică asupra bebelușului a permis treptat o descriere a domeniului competențelor sale, în special datorită modelului experimental al obișnuirii (v. 3.3.). Această nouă viziune — oricare ar fi, în altă ordine de idei, criticile adresabile în materie de etică — a permis probabil alcătuirea unor paradigme experimentale evocate aici pe scurt. De fapt, în „experimentele“ propuse, nu mai este vorba despre evaluarea competenței în dezvoltare a unui copil sau capacitatea sa de a rezolva o problemă logică. Obiectul „manipulării“ experimentale se situează tocmai în mijlocul interacțiunii și implică partenerul din diadă.

Trei modele ni s-au părut îndeosebi pertinente deoarece fiecare se referă la câte o axă esențială a psihopatologiei: anxietatea, depresia și psihoza.

Fiind vorba despre „modele“, acestea constituie instrumente ale gândirii și nu explicații cauzale. Cititorul poate și trebuie să-și exercite spiritul critic, să compare aceste modele cu cazurile clinice pe care le cunoaște și eventual să se angajeze într-o reflecție aprofundată.

Vom descrie succesiv:
- paradigma străinului: modelul relației anxioase;
- paradigma figurii impasibile și interacțiunea decalată: modelul interacțiunii mamă deprimată–bebeluș;
- paradigma atribuirii de convingeri false: modelul diferențierii convingerilor, a psihismelor și deci al psihozei.

6.1. — PARADIGMA STRĂINULUI

Plasată în perspectiva lucrărilor lui Bowlby și descrisă de M. Ainsworth și col. (1969, 1978), „paradigma străinului“ a fost concepută inițial pentru copiii în vârstă de 12 luni, împreună cu figura de atașament (în general mama). Protocolul experimental constă în observarea reacțiilor copilului la separarea de figura de atașament, în condiții pe cât posibil controlate. În încăperea în care se desfășoară experimentul, pe lângă jucăriile obișnuite, se află mama (sau o figură de atașament cunoscută), copilul și o persoană adultă necunoscută. Într-o serie de opt secvențe de câte 3 minute, protocolul face să varieze sosirea copilului și a mamei, apoi plecarea mamei, întoarcerea mamei, plecarea persoanei străine, plecarea mamei, întoarcerea persoanei străine, întoarcerea mamei (pentru o descriere completă și detaliată a paradigmei străinului, vezi: Pierrehumbert B., 1992).

În funcție de reacțiile copilului, au fost puse la punct sisteme de codare, distingându-se inițial trei tipuri principale de atașament care, pe măsură ce au devenit mai complexe, au fost împărțite ulterior în mai multe sub-tipuri și totodată a mai fost descris un al patrulea tip.

Sunt descrise următoarele modele de atașament:

– **tipul A:** atașament „evitant“ („insecure-avoidants“[4]): se observă o evitare a figurii de atașament (când aceasta se întoarce în încăpere); nu este căutat contactul, dar nici nu este refuzat;

– **tipul B:** atașament „încrezător“ („secure-attached): este căutat contactul la întoarcerea figurii de atașament, fără ambivalență. Contactul la distanță (privirea) poate fi suficient;

– **tipul C:** atașament „ambivalent“ („insecure-ambivalent“): este căutat contactul, dar în același timp pare evitat. Copilul poate să protesteze când este luat în brațe de mamă și să protesteze și când este lăsat jos. În cazul acestui tip C de atașament vorbim despre atașament anxios;

– **tipul D:** (descris în 1985) atașament „confuz-dezorganizat“ („insecure-disorganized/disoriented“): în care domină posturile de aprehensiune, de confuzie, chiar de depresie a copilului.

În 1978, M. Ainsworth, într-un studiu efectuat asupra copiilor americani din clasa mijlocie, a găsit o proporție de 66% de tipul B „încrezător“, 22% de tipul A „evitant“ și 12% de tipul C „ambivalent“, procentaje ce se regăsesc aproximativ la fel în numeroase alte studii. Foarte rapid, chestiunea centrală a devenit aceea a stabilității modelului de atașament în cursul creșterii: studiile actuale par să fie orientate în acest sens, pe o durată de cinci ani (de la vârsta de un an la șase ani) (M. Main, 1988).

Legătura dintre trăsăturile de personalitate ale mamei (temperament) și tipul de atașament pare foarte puternică.

Din aceste cercetări, consecutive primelor publicații ale lui J. Bowlby, s-a născut treptat conceptul de „model intern operant“, centrat pe atașament, în care este reprezentată calitatea legăturii de atașament atât din partea mamei cât și a copilului, emergența anxietății în urma rupturii temporare a acestei legături și capacitatea de liniștire și restabilirea legăturii.

Desigur, acest model experimental nu este lipsit de critici. Spre exemplu, el presupune un nivel de tensiune comparabilă la toți copiii (B. Pierrehumbert, 1992). Dar reprezintă un model foarte pertinent și ridică problema legăturii dintre angoasa de separare numită caracteristică dezvoltării și angoasa de separare considerată patologică (v. cap. 17, 1.2.).

[4] Fiecare model de atașament are alăturată în paranteze denumirea originală, în limba engleză. (n. t.)

6.2. — PARADIGMA FIGURII IMPASIBILE ŞI INTERACŢIUNEA DECALATĂ

În 1978, E. Tronick şi col. au descris reacţia particulară a unui bebeluş (cu vârsta între 1 şi 4 luni) plasat în faţa mamei sale căreia i s-a cerut să păstreze o figură impasibilă şi să nu răspundă solicitărilor interactive ale copilului. Rapid, după circa douăzeci de secunde în cursul cărora o solicită pe mamă ca de obicei, comportamentul copilului se modifică: ia un aer serios, se agită, priveşte departe sau întoarce privirea. Trăsăturile feţei, în special gura, iau alură descendentă, iar chipul, capul pare să exprime descurajare. Expresiile faciale devin tot mai rare, dând feţei un aspect „serios“, şi treptat se retrage complet din interacţiune. Îşi suge degetele, îşi leagănă capul, accentuându-şi retragerea.

Clinicienii s-au folosit foarte prompt de această situaţie experimentală, pentru a face din ea un model teoretic al interacţiunii mamă deprimată–bebeluş. Această apropiere poate să pară exagerată sub anumite aspecte, dar nu este mai puţin adevărat că anumite mame deprimate au o mobilitate redusă a feţei, interacţionând puţin sau chiar deloc.

Modelul figurii impasibile arată, în mod evident, că faţa mamei constituie un suport afectiv indispensabil pentru bebeluş. Într-un fel, constituie o demonstraţie experimentală a ideii lui Winnicott: chipul mamei este pentru bebeluş prima oglindă a propriului chip.

Mai recent, L. Murray şi C. Trevarthen (1985) au studiat efectele desincronizării interacţiunilor dintre mamă şi bebeluşul în vârstă de două luni, cu ajutorul unui sistem video special: mama şi bebeluşul sunt filmaţi şi înregistraţi faţă în faţă prin ecrane video interpuse. La începutul secvenţei, mama şi bebeluşul se află în direct: se observă interacţiunile obişnuite sub formă de schimburi mimice, de priviri, de cuvinte, de prozodie, prin intermediul a ceea ce D. Stern a descris ca fenomen al acordajului afectiv. Într-un al doilea timp, şi în continuarea interacţiunii, bebeluşul nu o mai vede pe ecran pe mama lui înregistrată în direct, ci o secvenţă preînregistrată a mamei.

Deci nu mai este vorba despre o mamă cu o faţă impasibilă, ci, într-o anumită manieră, de o mamă „automată“, inaccesibilă, chiar dacă prezintă o mimică zâmbitoare. Gesturile bebeluşului se modifică: acesta prezintă o reacţie de retragere, pare îngrijorat. Reacţia este foarte apropiată de aceea care se observă atunci când mama păstrează o figură impasibilă.

Această interacţiune decalată arată că bebeluşul este sensibil nu numai la forma chipului matern şi la animaţia (sau lipsa sa de expresie) acestuia, ci şi la calitatea dinamică a mimicii sale, în special a aspectului său „acordat“ şi a capacităţii de interacţiune în momentul schimbului. Atunci când mama se află în faţa bebeluşului, zâmbeşte şi produce mimici dar în mod automat (mama preînregistrată) lipsite de legătură cu interacţiunea prezentă, bebeluşul pare dezorientat şi se retrage.

Mai mult decât figura impasibilă, modelul experimental al interacţiunii decalate pare să arate că bebeluşul este deosebit de sensibil la o mamă prezentă dar „altundeva“, nedisponibilă la interacţiune. Se poate emite ipoteza că acest model nu este lipsit de analogie cu situaţia unui bebeluş confruntat cu o mamă cuprinsă în mod durabil sau permanent de o stare depresivă care, aşa cum spun unele dintre ele, se poartă ca şi cum ar fi „altundeva“. Acest model pune foarte bine în scenă unul dintre cele mai importante concepte în interacţiunea mamă–copil: accesibilitatea mamei. Probabil că, pentru bebeluş, primul criteriu de accesibilitate izvorăşte din capacitatea de a stabili cu uşurinţă un acordaj în interacţiunea faţă în faţă.

6.3. — ATRIBUIREA DE CONVINGERI FALSE

Modelul experimental al atribuirii unei convingeri false a fost iniţial dezvoltat în etologie, în special cu cimpanzei, pentru a răspunde ipotezei unei „teorii a minţii“ (Theory of Mind[5]). Etologii Premack şi Woodruff (1978) definesc această teorie în modul următor: „spunând că un individ posedă o teorie a minţii înţelegem faptul că individul este capabil să atribuie stări mentale sieşi şi altora [...], sistem (ce) poate fi utilizat pentru a face predicţii, în special referitor la comportamentele semenilor“.

Ca şi în alte situaţii, modelele experimentale construite în etologie au fost transpuse experimental la copiii mici ce dispuneau sau nu de limbaj. Wellman H. (1990) ridică problema emergenţei teoriei mentale la copilul mic. Dacă la copiii în vârstă de trei ani se observă faptul că sunt capabili să înţeleagă şi să prezică comportamentele altora în funcţie de propria lor cunoaştere şi încep să dezvolte un sistem de coerenţă în succesiunea stărilor mentale, aceştia par să aibă însă dificultăţi în atribuirea unei convingeri false.

Paradigma „convingerii false“ a devenit rapid modelul pornind de la care se ridică ipoteza unei recunoaşteri la altul a unor stări mentale specifice care nu sunt numai diferite de cele proprii, dar şi potenţial diferite de realitate, aşa cum este ea percepută.

Această capacitate de a atribui altuia o anumită cunoaştere, o convingere, o serie de emoţii care sunt fundamental diferite de cele ale subiectului şi care depind de contextul situaţional propriu acestui altul (din punct de vedere psihodinamic, acest fapt este deci fundamental diferit de noţiunile de proiecţie,

[5] În limba engleză în text. (n. t.)

identificare proiectivă sau introiectivă cu care se fac uneori unele confuzii). Modelul experimental inițial este următorul:

– copilul, subiectul experimentului, este spectator la un fel de teatru de marionete în care sunt prezentate două figurine (A şi B), un obiect (O) presupus ca interesant pentru figurine: jucărie, biberon, mâncare sau dulciuri... şi două locuri în care sunt aşezate sau ascunse (1 şi 2);

– cele două figurine se servesc scurt timp de O şi apoi se opresc din joc şi ascund împreună în 1, obiectul (O);

– figurina B iese din scenă;

– cât este singură, figurina A ia obiectul O din 1 şi îl ascunde în 2;

– figurina B reapare.

Apoi copilul este întrebat: „unde va căuta figurina B obiectul O?" (desigur, poate varia sexul, prenumele figurinelor, natura obiectului, ascunzătoarea etc.).

Copiii în vârstă de trei ani sau mai puțin, răspund întotdeauna: în 2. Figurina B va căuta deci obiectul acolo unde ei înşişi ştiu că este ascuns. Ei par să nu fie capabili să infereze ignoranța în care se află B referitor la deplasarea obiectului O.

Începând de la trei ani şi din ce în ce mai mult pe măsură ce creşte vârsta, copiii pot să răspundă: în 1. Ei devin deci treptat capabili să infereze **ignoranța** figurinei B referitor la deplasarea obiectului O, şi deci **falsa convingere** că O se mai află încă în 1. Începând de la vârsta trei ani, copiii atribuie figurinei B o teorie a minții ce ține cont de experiența proprie lui B şi presupun la acesta o „falsă convingere".

Încă din 1985, Baron-Cohen şi col. au constatat că, indiferent de vârsta pe care o au, copiii autişti răspund în general la fel ca şi copiii sub trei ani şi procedează astfel chiar dacă au făcut achiziția unui limbaj aparent satisfăcător. Treptat, a apărut ipoteza conform căreia copilul autist prezintă o deficiență în capacitatea de a dezvolta o „teorie a minții" (sau dificultăți în a înțelege reacțiile emoționale ale celuilalt, intenționalitatea, convingerile eronate, tachinările sau umorul... acestuia).

Desigur, ulterior se vor publica rezultate contrastante ce vor arăta eterogenitatea relativă a funcționării cognitive a copiilor autişti (v. C. Hughes, 1994).

Totuşi, „teoria minții" şi o dată cu ea şi modelul falsei convingeri, au permis dezvoltarea a numeroase cercetări într-un domeniu nou şi fructuos. În această perspectivă, conceptul de „atenție împărtăşită", care la copilul normal se dezvoltă în mod intens între 7/8 luni şi 11/12 luni, apare ca fundamental, cu atât mai mult cu cât acesta pare a fi foarte specific speciei umane (indiferent de speciile animale, practic nu apare niciodată atenția împărtăşită, iar schimburile prin privire sunt foarte rare). Atenția împărtăşită şi apoi indicarea cu degetul (v. 2.2.) apar ca premise necesare dezvoltării satisfăcătoare a unei „teorii a minții" la copilul

mic, situații ce par deficitare la copilul autist („acordajul afectiv" reprezintă oare premisa „atenției împărtăşite"? Este îndreptățit să ne punem această întrebare).

În concluzie, am prezentat succint trei paradigme experimentale, paradigma străinului, paradigma figurii impasibile sau interacțiunea decalată şi paradigma atribuirii unei convingeri false, deoarece ni se pare, cu toate precauțiile de folosire, că reprezintă modele pertinente şi stimulante pentru patologia anxioasă, depresivă şi autistă a copilului. Desigur, este o mare distanță între aceste modele şi clinică, pe de-o parte iar pe de altă parte, nu se pune problema deducerii unor legături de cauzalitate simpliste. Totodată, cunoaşterea acestor modele experimentale devine indispensabilă clinicianului.

BIBLIOGRAFIE

AINSWORTH M., WITTING B.A.: Attachment and exploratory behavior of one-year olds in a strange situation. *In: Determinants of infant behavior*, B.M. Foss, p. 111-136, Vol. 4, Methuen, London, 1969.

AINSWORTH M.D., BLEHAR M.C., WATERS E., WALL S.: Patterns of attachment. *In: A psychological study of the Strange Situation*, N.J., Hillsdale: Lawrence Erlbaum Ass., 1978.

AJURIAGUERRA J. de, DIATKINE R., GARCIA-BADARAGO: Psychanalyse et neurobiologie. *In: La psychanalyse d'aujourd'hui.* PUF, Paris, 1956.

AJURIAGUERRA J. de: Interrelations entre le développement neurologique, la maturation et les structures et fonctions cérébrales. *Mod. Probl. Paediat.* Karger, Basel, 1974, 13: 336-357.

BARON-COHEN S., LESLIE A., FRITH U.: Does the autistic child have a theory of mind? *Cognitive developpment*, 1985, 21: 37-40.

BARON-COHEN S., TAGER-FLUSBERG H., COHEN D.J.: *Understanding other Minds: Perspectives from Autism.* 1 vol., Oxford Med. Publ., 1993.

BERGERET J. & col.: *Abrégé de psychologie pathologique.* Masson, Paris, 1972.

BION W.: Théorie de la pensée. *Rev. franç. psych.*, 1964, XXVIII, I, 75-84.

BION W.: *Attention et interprétation.* Payot, Paris, 1974.

BOURGUIGNON A.: Fondements neurobiologiques pour une théorie psychopathologique: un nouveau modèle. *Psychiatrie enfant,* 1981, 24, 2, 445-540.

BOWLBY J.: *L'attachement*, PUF, Paris, 1978.

BOWLBY J.: *La séparation: angoisse et colère*, 1 vol, PUF, Paris, 1978.

BOWLBY J.: *La perte: tristesse et dépression*, 1 vol., PUF, Paris, 1984.

BRAZELTON T.B., ALS H.: Quatre stades précoces au cours du développement

de la relation mère-nourrisson. *Psychiatrie enfant,* 1981, 24, 2, 397-418.

BRAZELTON T.B.: Comportement et compétence du nouveau-né. *Psychiatrie enfant,* 1981, 24, 2, 375-396.

BRUNER J.S.: *Savoir faire, savoir dire.* 1 vol., p. 292, PUF, Paris, 1983.

COBLINER C.W.: L'école genevoise de psychologie génétique et la psychanalyse: analogie et dissemblance. *In:* SPITZ R.A.: *De la naissance à la parole. La première année de vie.* PUF, Paris, 1968.

CONSTANT J.: Initiation aux théories du développement de l'enfant. *Cahier d'informations.* Roche, Paris, 1974.

COSNIER J.: *Base de l'épigenèse interactionnelle.* Psy. Enf. 1984, 27, 1, 107-126.

COTTRAUX J.: *Les thérapies comportementales.* Masson, Paris, 1979.

DIATKINE R., SIMON J.: *La psychanalyse précoce.* PUF, Paris, 1972.

DOLTO F.: *Psychanalyse et pédiatrie* (1936). Ed. de la Parole, ed. a II-a, 1961.

FREUD A.: *L'enfant dans la psychanalyse.* Gallimard, Paris, 1976.

FREUD A.: *Le traitement psychanalytique des enfants.* PUF, Paris.

FREUD A.: *Le normal et le pathologique chez l'enfant,* Gallimard, Paris, 1968.

FREUD S.: *Trois essais sur la théorie de la sexualité* (1905). Gallimard, Paris, collection *Idées,* 1962.

FREUD S.: *Cinq psychanalyses* (1909). PUF, Paris, 1954.

FREUD S.: *Métapsychologie* (1925). Gallimard, Paris.

GALIFRET-GRANJON J.N.: *L'évolution des praxis idéomotrice.* Thèse Paris X, 1979.

GESELL A., ILG F.: *L'enfant de 5 à 10 ans.* PUF, Paris, 1949.

GESELL A., ILG F., AMES L.B.: *L'adolescent de 10 à 16 ans.* Trad. Lézine I., PUF, Paris, 1959.

GESELL A., ILG F.: *Le jeune enfant dans la civilisation moderne.* Trad. Lézine I., PUF, Paris, 1961.

GOLSE B.: *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant.* Masson, Paris, 1989, ed. II.

GOLSE B., BURSZTEIN C.: *Penser, parler, représenter: émergences chez l'enfant.* Masson, Paris, 1990.

GRINBERG L., DARIO S., TABAK DE BIANCHEDI E.: *Introduction aux idées psychanalytiques de Bion.* Dunod, Paris, 1976.

HARTMANN H.: *La psychanalyse du Moi et le problème de l'adaptation.* PUF, Paris, 1968.

HERMANN I.: *L'instinct filial.* Denoël, Paris, 1972.

HOCHMANN J.: Aspect d'un scientisme: les thérapies comportementales, *Rev. Franç. Psychanal.* 1980, 44, 3-4: 673-690.

HUGHES C.: Théories cognitives de l'autisme. *In: L'autisme cinquante ans après Kanner,* sous la direction de: Ch. Aussilloux, M.F. Livoir-Petersen, p. 33-42, Erès, 1994.

INHELDER B., PIAGET J.: *De la logique de l'enfant à la logique de l'adolescent.* PUF, Paris, 1955.

JOUEN F., HENOCQ A.: *Du nouveau-né au nourrisson.* PUF, Paris, 1991.

KLEIN M.: *La psychanalyse des enfants.* PUF, Paris, 1959.

KLEIN M., HEIMANN P., ISAACS S., RIVIÈRE J.: *Développement de la psychanalyse.* PUF, Paris, 1966.

LAPLANCHE J., PONTALIS J.B.: *Vocabulaire de la psychanalyse.* PUF, Paris, 1967.

LEBOVICI S, SOULE M.: *La connaissance de l'enfant par la psychanalyse.* PUF, collection *Le fil rouge,* Paris, 1972.

LEBOVICI S: *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste.* Le centurion, Paris, 1983.

LEMOIGNE J.L.: *Intelligence des mécanismes, mécanismes de l'intelligence.* Fayard, Paris, 1986.

MAIN M., CASSIDY J.: Categories of response to reunion with parent at age 6: a predictable from infant attachment classification and stable over a 1 month period. *In: Developmental psychology,* 1988, 24: 415-426.

MAHLER M: *Psychose infantile, symbiose humaine et individuation.* Payot, Paris, 1973.

MAHLER M.: *La naissance psychologique de l'être humain.* Payot, Paris, 1980.

MAZET PH., LEBOVICI S.: *Penser, apprendre.* Eshel, Paris, 1988.

MELHER J., DUPOUX E.: *Naître humain.* Odile Jacob, Paris, 1990.

MONTAGNER H.: *L'enfant et la communication.* Stock, Paris, 1978.

MURRAY L., TREVARTHEN C.: Emotional regulation on interactions between two month olds and their mothers. *In: Social Perception in Infants.* Sous direction de Field T.M., Fox N.A. ed., p. 177-197, Ablex Pub. Corp. New Jersey, 1985.

NAGERA H.: *Early childhood disturbances, the infantile neurosis, and the adulthood disturbances.* Univ. Press, New York, 1966; PUF, Paris, 1969.

NOUVELLE REVUE DE PSYCHANALYSE: Numéro spécial: L'Enfant: articles de Pontalis, Green, Diatkine, Widlöcher, Harris, Cramer etc., Gallimard, Paris, 1979, 19, 1 vol.

OSTERRIETH & coll.: *Le problème des stades en psychologie de l'enfant.* PUF, Paris, 1956.

RAVEAU F.H., ROYANT-PAROLA S.: Bases neuro-anatomiques et neurophysiologiques des comportements. *Psychol. Med.,* 1980, XII (A), 23-40.

PIERREHUMBERT B.: La situation étrange, *Devenir*, 1992, 4, 4:69-93.
PREMACK D., WOODRUFF G.; Does the chimpanzee have a theory of mind?: *Behavioaral and Brain Sciences*, 1978, 4:515-526.
ROUCHOUSE J.C.: Ethologie de l'enfant et observation des mimiques chez le nourrisson. *Psych. Enf.*, 1980, 23 (1):203-249.
SEGAL H.: *L'oeuvre de Mélanie Klein*, PUF, Paris, 1969.
SELVINI-PALAZZOLI M., BOSCOLO L., CECCHIN G., PRATA G.: *Paradoxe et contre-paradoxe*. ESF, Paris, 1980.
SKINNER B.F.: *Pour une science du comportement: le behaviorisme*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1979.
SMIRNOFF V.: *La psychanalyse de l'enfant*. PUF, Paris, 1966.
SPITZ R.A.: *Le Non et le Oui*. PUF, Paris, 1963.
SPITZ R.A.: *De la naissance à la parole: la première année de la vie*. PUF, Paris, 1968.
STERN D.: *Le monde interpersonnel du nourrisson*. PUF, Paris, 1989.
TASSIN J.P.: Approche du rôle fonctionnel du système méso-cortical dopaminergique. *Psychol. Méd.*, 1980, XII (A):43-63.
TREVARTHEN C.: Facial expression of emotion in mother-infant interaction. *Human Neurobiol.*, 1985, 4: 21-32.
TRONICK E., ALS H., ADAMSON L., WISE S., BRAZELTON T.B.: The infant's response to entrapment between contradictory messages in face to face interaction. *J. of Am. Acad. Child Psy.*, 1978, 17, 1-13.
WALLON H.: *Les origines du caractère chez l'enfant. Les préludes du sentiment de personnalité*. PUF, Paris, ed. a III-a, 1954.
WALLON H.: *L'evolution psychologique de l'enfant*. Ed. a V-a, A. Colin, Paris, 1957.
WALLON H.: *Les origines de la pensée chez l'enfant*. Ed. a III-a, PUF, Paris, 1963.
WATZLAWICK P., HELMICK-BEAVIN J., JACKSON D.: *Une logique de la communication*. Trad. J. Morche, Seuil, Paris, 1972.
WATZLAWICK P., WEAKLAND J.H., FISH R.: *Changement. Paradoxe et Psychotérapie*. Seuil, Paris, 1975.
WELLMAN H.: *The child's theory of mind*. Bradford Books, 1992.
WINNICOTT D.W.: *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Payot, Paris, 1969.
WINNICOTT D.W.: *Processus de maturation chez l'enfant*. Payot, Paris, 1970.
ZAZZO R.: *L'attachement*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1974.

2 NORMALUL ŞI PATOLOGICUL

Chestiunea normalului şi patologicului este o problemă ce preocupă mai mult filosoful decât medicul: acesta din urmă este preocupat înainte de toate să ştie ce poate să facă sau nu pentru pacientul său şi nu să afle dacă acesta este „normal sau patologic". Dacă această atitudine pragmatică se justifică în domeniul medical somatic, nu la fel stau lucrurile în domeniul psihiatriei, domeniu mărginit din toate direcţiile de problemele etice, culturale, sociale, politice printre altele etc. Psihiatrul, în exercitarea specialităţii sale, nu poate să se sustragă acestui context ce delimitează şi defineşte în parte modul său de lucru. La rândul său, psihiatrul de copii este şi el interpelat din aceleaşi motive, la care se adaugă însă incertitudinea în faţa creşterii copilului, precum şi a locului supradeterminat familial şi social pe care acest copil îl ocupă.

Practic, psihiatrul de copii este solicitat să examineze un pacient micuţ care în general nu cere nimic, este rugat să facă să dispară o conduită considerată ca fiind nepotrivită de către familie, şcoală, vecini sau asistentul social conform unor criterii cel mai adesea externe şi adaptative. La rândul său, psihiatrul ia în considerare, în evaluarea pe care o face, factori foarte diferiţi: capacitatea de sublimare într-un anumit sector, importanţa contra-investirilor defensive, supleţea sau rigiditatea ansamblului funcţionării mentale, evaluarea nivelului conflictual în funcţie de vârstă etc.

Criteriile de normalitate nu se pot limita deci la reperarea conduitei care a motivat solicitarea examinării şi rezumarea la o simplă grilă de decodificare simptomatică.

1. — NORMALUL ŞI PATOLOGICUL: PROBLEME GENERALE

De la Canguilhem încoace, a devenit evident faptul că normalul şi patologicul constituie doi termeni indisociabili ai unui acelaşi cuplu antitetic: nici unul nu

se poate defini fără celălalt. Problema este cu atât mai dificilă în limba franceză cu cât i se adaugă o confuzie întreţinută de fonetică, între anormal (care îşi are originea în cuvântul latin *norma*: unghi drept) şi anomalie (cuvânt având rădăcina greacă ομαλοζ: neted, fără asperităţi). Trebuie deci precizate raporturile dintre anomalie, anormal şi patologic.

Referitor la normal, diferitele definiţii posibile se raportează la patru puncte de vedere:

- normalul ca sănătate, opus bolii;
- normalul ca medie statistică;
- normalul ca ideal, utopie a cărei realizare sau apropiere se caută;
- normalul ca proces dinamic sau capacitate de revenire la un anumit echilibru.

Confundarea normalului cu sănătatea, în opoziţie cu anormalul şi boala, constituie în mod evident o poziţie statică ce nu mai corespunde dimensiunii dinamice a majorităţii maladiilor: pacientul diabetic înainte de decompensare sau astmaticul înaintea crizei sunt normali în sensul absenţei simptomului. Boala nu mai poate fi redusă la semnele sale lezionale. De asemenea, trebuie să intervină o potenţialitate de a redobândi sănătatea, fapt ce ne apropie de definiţia normalului în calitate de proces.

Asimilarea normalului cu media statistică înseamnă, mai întâi, confundarea anormalului cu anomalia, iar apoi rejectarea în domeniul patologicului a tot ceea ce nu se află în zona mediană a curbei lui Gauss: subiecţii de talie mică sau indivizii supradotaţi în plan intelectual sunt oare patologici? Pe de altă parte, în psihiatrie trebuie ţinut cont şi de presiunea culturală: riscă atunci să fie considerată ca anormală orice conduită ce deviază de la medie. Din acest punct de vedere, spre exemplu, membrii rezistenţei franceze, în timpul ocupaţiei[6], erau anormali, la fel ca şi majoritatea oamenilor aşa-numiţi „de progres".

A raporta normalul la un model, la o utopie, înseamnă a institui *ipso facto* un sistem de valori, o normalitate ideală, eventual aceea pe care o adoptă politicile, administraţia, părinţii sau educatorii în raport cu copiii lor. Dacă acest ideal este definit de grupul social, ne întoarcem în mai mare sau mai mică măsură la confundarea sa cu norma statistică. Dacă acest ideal este generat de un sistem de valori personal (ideal al Eului), din nou trebuie văzut cum funcţionează acesta, întrucât în prezent se cunoaşte bine o anumită „maladie a idealităţii" (patologie narcisică), ceea ce ne face să revenim la definirea unei „funcţionări mentale normale".

A face din normal un proces de adaptare, o capacitate de reacţie pentru a regăsi un echilibru anterior pierdut, înseamnă a introduce o evaluare dinamică.

[6] Se face referire la mişcarea de rezistenţă organizată în timpul ocupării Franţei de către nazişti, în cursul celui de-al Doilea Război Mondial. (n. t.)

Dar în domeniul psihosocial o astfel de definiţie riscă să reducă noţiunea de normalitate la o stare de acceptare, de supunere, de conformism faţă de exigenţele sociale. Capacitatea de adaptare, sau ceea ce putem numi adaptabilitate, ar fi pentru unii un criteriu mai bun decât adaptarea în sine: rămân însă de definit criteriile acestei capacităţi, fapt ce riscă din nou să facă trimitere la definiţia normalului, fie ca medie statistică, fie ca utopie.

După cum observăm, nu există o definiţie simplă şi satisfăcătoare a normalului, iar fiecare din cadrele de referinţă alese oferă excepţii unde se insinuează patologicul. În realitate, normalul şi patologicul sunt la fel de dependenţi unul de celălalt precum sunt în biologia genetică „hazardul şi necesitatea" (J. Monod): nevoia de reproducere exercită o presiune normativă necesară, în vreme ce posibilitatea unei evoluţii implică o devianţă aleatorie.

Totodată, medicul nu se confruntă aici cu o problemă pur teoretică, ci cu o alegere practică: în faţa unui pacient sau altuia, el trebuie să intervină sau să se abţină să facă acest lucru. Mai mult decât orice alt specialist, pedopsihiatrul este pus în faţa acestei dileme astfel ca starea simptomatică actuală a copilului să nu prejudicieze în vreun fel viitoarea sa stare ca adult. Dincolo de conduitele simptomatice, pedopsihiatrul trebuie să găsească un alt sistem de evaluare.

2. — PROBLEMA NORMALULUI ŞI A PATOLOGICULUI ÎN PSIHOPATOLOGIA COPILULUI

Atâta vreme cât exercitarea pedopsihiatriei s-a limitat la practicarea unei anumite terapii într-un cabinet privat, problema normalului şi patologicului era secundară. În schimb, extinderea considerabilă a practicii pedopsihiatrice şi a aplicaţiilor sale la igiena mentală a populaţiei, o eficacitate certă dar alăturată unui cost social la fel de cert, implică nişte opţiuni strategice. S-a depăşit epoca în care se dorea ca orice copil să urmeze o psihanaliză profilactică: o astfel de poziţie conţinea în sine o greşeală profundă referitoare la funcţia analizei copilului, greşeală justificată în vremea aceea de confuzia sau incertitudinile din domeniul specific psihanalizei şi educaţiei (v. confruntările dintre A. Freud şi M. Klein din anii '30). Însă în epoca noastră igiena mentală trebuie să se ocupe nu numai de randamentul său în sens strict comercial, ci şi de eficacitate. O serie de evaluări statistice pe scară largă ar trebui să incite deci la reflecţie:

- frecvenţa debilităţii considerate de limită variază în funcţie de vârstă. Ea se diminuează considerabil la vârsta adultă: oare acest lucru înseamnă că inteligenţa creşte cu vârsta? Sau pur şi simplu înseamnă că criteriile aplicate la

copil nu ţin cont decât de starea acestuia? În termeni mai politici, oare nu cumva simpla frecventare a şcolii este cea care desemnează un anumit număr de copii şcolari ca debili? (norma şcolară nu corespunde normei statistice a dezvoltării) (v. discuţia asupra C.I., cap. 9, 2.);

– inegala şi constanta repartiţie a sexelor în populaţia care solicită consultaţie pedopsihiatrică reprezintă o problemă majoră: 70% sunt băieţi, 30% sunt fete. Ar trebui să concluzionăm că a fi băiat este mai patologic decât a fi fată sau că normalitatea ideală şi/sau socială corespunde în mai mare măsură capacităţilor şi nevoilor fetiţei? Această problemă este cu atât mai dificilă cu cât repartiţia sexelor în populaţia psihiatrică adultă este inversă (majoritatea o deţin femeile în raport cu bărbaţii): a se vedea discuţia asupra psihopatologiei diferenţei dintre sexe.

Dincolo de abordarea individuală, aceste simple constatări statistice justifică deja o reflecţie asupra domeniului de activitate al pedopsihiatrului. Această reflecţie se poate rezuma prin interogaţia: copiii văzuţi de pedopsihiatru reprezintă viitoarea potenţială clientelă a consultaţiilor pentru adulţi sau aceştia vor fi fundamental alţii? Studiile epidemiologice ne incită să ne gândim că ar trebui să reţinem mai degrabă a doua ipoteză. Atunci se ridică noi întrebări pentru a explica această diferenţă: poate fi imputată eficacităţii acţiunii pedopsihiatrilor? Sau traduce mai degrabă decalajul dintre solicitarea consultaţiei pentru copiii care, temporar, nu se conformează unui model ideal al dezvoltării (aparţinând pedagogilor, părinţilor...) dar care ulterior vor fi adulţi în bună stare? După cum se observă, aceste întrebări par fundamentale la nivelul igienei mentale a populaţiei.

În schimb, în faţa unui anumit copil, problema evaluării normalului şi a patologicului se pune în mod diferit; trebuie recunoscut simptomul, evaluată ponderea şi funcţia sa dinamică, trebuie încercată situarea locului său în cadrul structurii, şi în fine trebuie apreciată această structură în cadrul evoluţiei genetice şi în raport cu mediul. Din această evaluare cvadruplă — simptomatică, structurală, genetică şi de mediu — decurge întregul demers pedopsihiatric.

2.1. — NORMALITATE ŞI CONDUITĂ SIMPTOMATICĂ

Prima grijă a pedopsihiatrului confruntat cu o conduită neobişnuită este evaluarea caracterului său patologic sau normal; în realitate, termenii acestei alternative nu sunt tocmai adecvaţi. Ar fi de preferat ca examinatorul să o înlocuiască prin următoarea interogaţie: această conduită manifestă (mentalizată sau pusă în acţiune) prezintă în cadrul funcţionării mentale a copilului un efect patogen sau îşi asumă un rol organizator? Practic, distingerea unei conduite

normale de o conduită patologică revine la introducerea în câmpul funcţionării mentale a unei soluţii de continuitate despre care se ştie bine, de la Freud încoace, că nu există. Widlöcher atrage în mod justificat atenţia asupra faptului că examinatorul se comportă adesea ca şi cum ar avea două tipuri heterogene de conduite: primul ar caracteriza conduitele-simptome, aparţinând domeniului patologic, iar al doilea conduitele existenţiale proprii normalităţii.

Cea mai simplă experienţă clinică arată cât de înşelătoare poate fi această atitudine. Fie că este vorba despre operaţii de gândire internă (fobie, gândire obsesională) sau de conduite externe (trecere la act, bâlbâială...) descoperim întotdeauna un fir continuu ce subîntinde diversele conduite umane, de la cele ce dovedesc preforme organizatoare ale psihismului, până la cele pe care le observăm în stările patologice structurate. Studiul fobiilor sau conduitelor ritualizate (v. cap. 17) este absolut convingător. Chiar şi în cazul unei conduite aparent mai deviante, cum este bâlbâiala, se poate regăsi o fază a dezvoltării în care bâlbâiala putea fi calificată ca fiziologică (v. cap. 7, 5.).

Aşadar descrierea semiologică, reperarea unei conduite nu sunt suficiente pentru a defini rolul său patogen sau organizator. Trebuie să se adauge o evaluare dinamică şi economică. Punctul de vedere economic constă în a evalua în ce măsură conduita incriminată este doar o formaţiune reacţională sau, dimpotrivă, în ce măsură i se adaugă şi o investire sublimatorie: cu alte cuvinte, în ce măsură Eul este parţial amputat în funcţiile sale de către compromisul simptomatic sau, dimpotrivă, în ce măsură poate să reintroducă această conduită în potenţialul său de interese sau al diferitelor investiri? Punctul de vedere dinamic şi genetic încearcă să evalueze eficacitatea cu care conduita simptomatică leagă angoasa conflictuală şi autorizează astfel continuarea mişcării maturative sau, în manieră opusă, se dovedeşte ineficace în legarea acestei angoase ce reapare fără încetare, suscită noi conduite simptomatice şi împiedică mişcarea maturativă. Aceste două abordări ale unui simptom, economic, pe de-o parte, şi genetic, pe de altă parte, trebuie să se completeze. Ele fac trimitere în realitate la abordarea structurală şi la abordarea genetică.

Rămâne însă problema dificilă a absenţei aparente a oricărei conduite deviante în sensul normei statistice. În realitate, toate anchetele epidemiologice sistematice arată că absenţa oricărui simptom la copil este o eventualitate cu atât mai rară cu cât examenul clinic şi evaluarea prin probe psihologice sunt mai ample. Totuşi, unii copii cresc fără să prezinte manifest astfel de simptome: în mod evident aceştia nu vin în consultaţie. Pentru marea majoritate dintre ei, această normalitate simptomatică reflectă probabil sănătatea mentală. Dar există şi unii pentru care această normalitate de suprafaţă nu este nimic altceva decât un conformism adaptativ, o organizare de tip fals *self* cum o numea Winnicott, o supunere la presiunile şi exigenţele anturajului. Aceşti copii conformişti, care se

adaptează la suprafaţă, se dovedesc incapabili să construiască o organizare psihică internă coerentă şi să elaboreze conflictele de dezvoltare. Cu titlu de exemplu, în cursul crizelor grave de adolescenţă ce pun în cauză fundamentele identităţii narcisice (depresie severă sau episod psihotic acut), se constată adesea în antecedentele infantile ale acestor pacienţi un „blanc" aparent, un fel de normalitate fadă şi lipsită de relief: copii fiind, au traversat toate situaţiile conflictuale aparent fără probleme: „erau drăguţi, cuminţi, nu erau dificili, au crescut fără probleme". Sigur, acest gen de discurs parental poate fi defensiv, mascând refularea sau negarea dificultăţilor din trecut, dar, într-o proporţie importantă din cazuri, se pare că într-adevăr copilăria s-a derulat cu această uniformitate asimptomatică, ce nu trebuie în nici un caz confundată cu sănătatea mintală.

2.2. — NORMALITATEA ŞI PUNCTUL DE VEDERE STRUCTURAL

Dincolo de evaluarea simptomatică, este deci important să ne referim la structura mentală. Freud a fost printre primii care au arătat, prin decriptarea semnificaţiei inconştiente a conduitelor mentale, că întreaga conduită a „nebunului" este tot atât de încărcată de sens ca şi aceea a individului sănătos. Ulterior el a introdus o linie de separare între indivizii care prezentau o organizare mentală de tip psihotic (psihonevrozele narcisice în accepţiunea lui Freud) şi cei care aveau o structură nevrotică, nu în funcţie de semnificaţia conduitei lor, ci în funcţie de eficacitatea psihanalizei.

Pentru Freud nu există diferenţe între omul sănătos şi cel nevrotic: ambii prezintă acelaşi tip de conflict oedipian, utilizează aceleaşi tipuri de apărări (refularea, deplasarea, izolarea, conversia) şi au traversat în copilărie aceleaşi stadii maturative. Singura diferenţă dintre individul sănătos şi cel nevrotic, aflat în suferinţă, rezidă în intensitatea pulsiunilor, a conflictului şi apărărilor, intensitate relevată de punctele de fixaţie şi de relativa rigiditate a apărărilor. Compulsia la repetiţie, caracteristică esenţială a bolnavului nevrotic, reprezintă elementul de morbiditate cel mai distinctiv: definiţia normalităţii ca proces adaptativ se aplică foarte bine în acest cadru, sănătatea putând fi definită ca fiind capacitatea de a utiliza, în funcţie de nevoi, o gamă cât mai largă posibil de mecanisme psihice.

La copil, raporturile între complexul oedipian ca stadiu maturativ al dezvoltării şi nevroza ca organizare patologică sunt departe de a fi simple (v. discuţia în cap. 17, 3.), dar toţi autorii sunt de acord în a recunoaşte că nu este decât o diferenţă cantitativă (funcţia economică a simptomului).

Coborând în sfera cea mai profundă şi mai precoce a organizării psihismului infantil, M. Klein a descris la rândul său faza schizo-paranoidă. În cursul acestei faze, fantasmele şi mecanismele de apărare ridicate împotriva angoasei ce rezultă din aceste fantasme, sunt întru-totul asemănătoare, în opinia autoarei, cu cele observate la pacienţii psihotici: fantasme de devorare sadică şi aneantizare în cursul scenei primitive, clivaj, idealizare, proiecţie persecutivă etc. Angoasa este inevitabilă şi provine din aceste conflicte arhaice, fiind în parte întreţinută de mecanismele de apărare arhaice; nevroza copilului nu este nimic altceva decât o bună modalitate de a se vindeca de aceste angoase arhaice. Nici aici nu există o distincţie calitativă fundamentală între dezvoltarea normală şi dezvoltarea patologică, inclusiv în domeniul stărilor psihotice. Singura diferenţă este de ordin cantitativ: intensitatea pulsiunilor agresive poate să provoace o asemenea angoasă încât evoluţia maturativă să fie blocată. Diversele stări patologice nu sunt foarte diferite de stadiile maturative normale corespunzătoare palierului atins în cursul blocajului evolutiv. Evaluarea gradului patologic se bazează pe analiza factorilor ce împiedică bunul mers al maturizării şi al desfăşurării nevrozei. În acest sens, M. Klein subliniază importanţa inhibiţiei tendinţelor epistemofilice şi a refulării vieţii imaginare.

Aceste succinte recapitulări teoretice ale ideilor lui Freud şi M. Klein au interesul de a arăta că linia de separare între normal şi patologic nu se poate face raportându-ne doar la structura mentală a copilului. Utilizarea unor termeni proprii patologiei (poziţie schizo-paranoidă, apărare maniacală, poziţie depresivă) pentru desemnarea stadiilor normale, a palierelor maturative necesare în perioada de creştere a copilului, arată în ce măsură simpla raportare structurală este insuficientă.

Ar fi potrivită aici discutarea noţiunii de structură mentală în psihopatologia infantilă. Mai mult decât la adult, definirea „structurii mentale" a copilului este foarte dificilă; această structură nu se lasă niciodată percepută cu aceeaşi claritate. De fapt, delimitarea conduitelor patologice este mai incertă, legăturile posibile între diversele conduite par întotdeauna mai laxe decât în patologia adultului. Intricarea constantă a mişcărilor de progresie şi regresie estompează în plus orice contur mai precis; imaturitatea modului de funcţionare psihică nu permite raportarea la un model stabil şi definit; existenţa unor momente critice în dezvoltare justifică bulversările structurale posibile vreme îndelungată; dependenţa prelungită de anturaj poate provoca remanieri imprevizibile. Toţi aceşti factori enumeraţi succint relevă frecventa dificultate, şi probabil şi eroarea, în definirea prea riguroasă a structurii psihice a copilului.

Totuşi, această rezervă admisă în domeniul teoretic pune o serie de probleme în domeniul clinic: pe ce baze şi criterii se poate delimita patologia mentală a copilului, cum pot fi înţelese şi integrate unele cu celelalte diversele conduite patologice observate?

Din acest punct de vedere, locul ocupat de tulburările instrumentale în

psihopatologia infantilă este ilustrativ. Vom da ca exemplu cazul simptomului „dislexie-disortografie" (pentru descrierea clinică v. cap. 6, 4.).

Anumiţi autori consideră acest simptom ca o dovadă a unei leziuni neurofiziologice, într-o accepţie nu foarte îndepărtată de teoriile lezionale anatomo-clinice ale psihiatriei din secolul XIX. Această poziţie, veritabilă petiţie de principiu, este în egală măsură nedemonstrabilă şi irefutabilă: dislexia este simptomul tulburării numite „dislexie", entitate autonomă, caracterizată de o leziune specifică.

Alţi autori înţeleg dislexia ca o dovadă a unui proces specific de inhibiţie epistemofilică ce ar traduce persistenţa unui conflict oedipian activ şi o refulare secundară. Dislexia este unul dintre simptomele nevrozei la copil.

Pentru alţii, dislexia rezultă din imaturitatea unei funcţii instrumentale şi nu este decât o prelungire excesivă a unui palier normal întâlnit la începutul învăţării citirii şi scrierii (în special în perioada învăţării grupurilor de litere, cu frecvente asimilări, inversiuni, contractări). Dislexia este aşadar o tulburare tranzitorie a dezvoltării, ce îngrijorează doar datorită consecinţelor sale secundare (eşec şcolar, opoziţie din partea copilului etc).

În fine, alţii consideră că dislexia nu este decât traducerea inadaptării exigenţelor şcolare sau a incompetenţei pedagogului în faţa posibilităţilor copiilor. Dislexia-disortografia este dovada maladiei şcolii, a structurilor şi conţinutului său.

Putem observa aici, raportat la o conduită uşor reperabilă, diversele încercări de a o integra într-un ansamblu conceptual mai vast, după cum urmează:

- în cadrul lezional;
- în cadrul structural;
- în cadrul genetic;
- în cadrul mediului înconjurător.

În plus, aceste abordări teoretice nu sunt neapărat incompatibile.

Acest fapt explică dificultăţile întâmpinate de orice încercare de clasificare în psihopatologia infantilă şi caracterul său permanent nesatisfăcător. Totodată, anumite entităţi descriptive pot fi percepute cu o anumită regularitate: astfel de regrupări semiologice nu trebuie interpretate altfel decât ca asocieri de conduite în mod regulat corelate şi a căror izolare nu se justifică decât prin frecvenţa lor.

2.3. — NORMALITATEA ŞI PUNCTUL DE VEDERE GENETIC: DIZARMONIE ŞI IMATURITATE

Creşterea şi tendinţa de a progresa constituie fundalul în permanentă schimbare la care psihismul copilului trebuie să se adapteze. Această creştere prezintă doi versanţi pe care şcoala americană a psihologiei Eului, întemeiată de Hartmann, i-a distins separând *procesele de maturizare* şi *procesele de dezvoltare*.

Procesele de maturizare reprezintă ansamblul factorilor interni ce guvernează creşterea. Aceşti factori au o pondere considerabilă asupra copilului. Pe lângă factorii somatici, mai există şi cei pe care Anna Freud i-a numit forţe progresive ale dezvoltării: copilul caută să-l imite pe tatăl său, fraţii şi surorile mai mari, educatorii, sau pur şi simplu pe cei „mari". Vrea să le posede atributele sau caracteristicile, dispreţuindu-i în acelaşi timp pe cei mici, sau măcar pe cei care se află imediat sub nivelul său...

Procesele de dezvoltare includ ansamblul interacţiunilor dintre copil şi mediu, factorii externi putând juca în cadrul acestei creşteri un rol pozitiv sau negativ.

Dacă această distincţie are o valoare euristică evidentă, în practica clinică nu este uşoară separarea proceselor de maturizare de procesele de dezvoltare datorită influenţelor reciproce permanente. De fapt, a trebuit abandonată poziţia rigidă şi falsă din punct de vedere ştiinţific ce făcea din creşterea copilului un proces programat genetic în totalitate, încă de la naştere. Cercetările din domeniul psihofiziologiei au demonstrat clar importanţa interacţiunilor dintre echipamentul de bază şi aportul mediului (Karli).

Dincolo de aceste interacţiuni constante cu mediul, procesele de maturizare nu trebuie considerate ca fiind nişte procese cu o desfăşurare regulată, armonioasă, într-o progresie lipsită de obstacole şi conflicte, aşa cum ar constitui-o într-o oarecare măsură o ipotetică „dezvoltare normală". Aşa cum sublinia Widlöcher, *„la copil, forţele de rezistenţă la schimbare sunt considerabile. În fiecare moment el realizează un sistem în echilibru. Compulsia la repetiţie acţionează puternic".* Conflictele fac parte în mod inerent din dezvoltare, fie că este vorba, aşa cum preciza Anna Freud, de conflicte externe, interiorizate sau interne sau, cum considera H. Nagera, de imixtiunea în dezvoltare, de conflictele de dezvoltare sau de conflictele nevrotice.

Aşa cum am putut vedea în paragrafele precedente, evaluarea angoasei ataşate acestor conflicte, a compromisului şi simptomelor ce rezultă şi chiar evaluarea organizării structurale sincrone nu pot fi suficiente pentru a distinge normalul de patologic. Capacitatea de progresare ce păstrează conduita simptomatică şi care autorizează organizarea structurală sau, dimpotrivă, puterea lor de fixare şi/sau regresie nu pot fi apreciate decât prin prisma unei perspective diacronice.

Intensitatea şi caracterul patogen al acestor puncte de fixaţie şi al acestor regresii pot antrena distorsiuni ale dezvoltării din ce în ce mai importante. De altfel, A. Freud propunea ca un criteriu de apreciere al patologicului studiul *dizarmoniei* dintre liniile de dezvoltare. Autoarea a definit mai multe linii de dezvoltare ce reprezintă axe particulare ale creşterii unui copil: linia de dezvoltare ce merge de la starea de dependenţă la autonomia afectivă şi la relaţiile de obiect de tip adult, linia de dezvoltare a independenţei corporale (de la alăptare la

alimentarea raţională sau de la incontinenţă la controlul sfincterian), linia dezvoltării de la corp la jucărie şi de la joc la muncă etc.

Pentru A. Freud, patologia poate lua naştere dintr-o dizarmonie de nivel maturativ între aceste linii. *Acest concept de dizarmonie* cunoaşte un succes important: el este utilizat în numeroase interpretări psihopatologice şi tinde chiar să devină un nou cadru de referinţă sincronic, ceea ce reprezintă desigur o utilizare complet pervertită a unui astfel de concept. Nu este mai puţin evident faptul că se descriu din ce în ce mai adesea „organizări dizarmonice", fie că dizarmonia îşi are originea în evoluţia genetică sau în organizarea cognitivă (v. referitor la acest subiect ansamblul discuţiei şi descrierile clinice regrupate în cap. 20: *La frontierele nosografiei*). Dar şi în acest caz, în distingerea între normal şi patologic, este important să dăm dovadă de discernământ. Chiar A. Freud sublinia că *„dizarmonia între liniile de dezvoltare constituie doar unul dintre factori atunci când dezechilibrul este excesiv în cadrul unei personalităţi"*. În nici un caz simpla existenţă a unui dezechilibru nu este suficientă pentru a defini patologicul. Utilizarea unor largi baterii de teste arată în mod constant că se ajunge întotdeauna la descoperirea unei serii al cărei nivel se află în discordanţă cu celelalte: *„cu cât bateria este mai extinsă, cu atât mai mult profilul prezintă o linie întreruptă cu rezultate scăzute la câteva probe"* (C. Chiland). Dezvoltarea armonioasă reprezintă mai mult un ideal, o normă utopică, decât o realitate clinică şi, din nou, nu există nici o soluţie de continuitate între o dizarmonie minimă, autorizând menţinerea unei dezvoltări satisfăcătoare în cadrul normalităţii şi o dizarmonie mai importantă, ce împiedică această dezvoltare şi blochează copilul într-un cadru patologic fix.

O altă noţiune ce se referă implicit la un model ideal sau static al dezvoltării normale şi este deseori utilizată în psihopatologia infantilă pentru conduitele clinice care se situează la limita dintre normal şi patologic: este vorba despre **imaturitate**.

Pornind de la imaturitate, au fost izolate numeroase tablouri clinice pe baze etiopatogene foarte diverse. Autorii care utilizează acest concept justifică raportarea la un proces de maturizare pur neurofiziologic datorită semnelor observate pe EEG, care sunt regrupate de altfel sub denumirea de „traseu imatur sau dismatur": traseu în manieră globală lent în raport cu vârsta (dar care ar putea fi considerat fiziologic pentru copiii mai mici), prezentând o sensibilitate exagerată la hiperpnee şi frecvente semne de „iritare" sau unde lente cu predominanţă occipitală. Interpretarea unui astfel de traseu face în mod explicit referire la o normă de frecvenţă statistică privind evoluţia electrogenezei cerebrale a copilului mic. Apare problema cunoaşterii gradului de corelaţie existent între aceste devieri electroencefalografice şi simptomatologia descrisă sub denumirea de imaturitate.

În clinică, imaturitatea se raportează în mod obişnuit la organizarea psihomotorie, la sfera afectivă sau emoţională. Pornind de la imaturitatea psihomotorie, Dupré a individualizat, sub denumirea de „debilitate motorie", mai întâi un tablou clinic; apoi a construit o teorie etiopatogenică al cărei ultim avatar pare să fie noţiunea de *Minimal brain disfunction*[7] (v. cap. 20, 4.). De la dispraxiile cele mai grave şi până la banalele gesturi stângace, trecând prin instabilitate, împărţirea între normal şi patologic are la bază o leziune sau o disfuncţie introdusă mai mult ca o petiţie de principiu decât ca o realitate clinică.

Imaturitatea afectivă sau emoţională face trimitere la un ansamblu de conduite marcate în special de dificultatea de a controla emoţiile, intensitatea şi labilitatea acestora, dificultatea de a tolera frustrarea, dependenţa afectivă, nevoia de securitate, sugestibilitatea...

Regăsim aici un ansamblu de trăsături descrise în diverse organizări patologice, în special în psihopatie şi în isterie, atât în clinica adultului cât şi în clinica copilului. Ca şi în cazul „debilităţii motorii", anumiţi autori consideră că aceasta se datorează urmei unei leziuni sau unei disfuncţii. Într-o perspectivă analitică, această imaturitate afectivă şi emoţională face trimitere la noţiunile de toleranţă la frustrare şi de capacitate de trecere la act care, pentru A. Freud, constituie elemente de evaluare a normalului şi patologicului, dar şi noţiunea de „forţă a Eului", utilizată frecvent de psihanaliştii din şcoala lui Hartmann.

2.4. — NORMALITATE ŞI MEDIU

Winnicott spunea pe bună dreptate că un bebeluş nu există fără mama lui: amândoi, mama şi copilul, formează un tot asupra căruia se concentrează evaluarea şi efortul terapeutic. Acest adevăr este la fel de valabil şi pentru copilul mai mare şi pentru adolescent. Evaluarea normalului şi a patologicului în funcţionarea unui copil nu trebuie să ignore acest context al mediului parental, fratern, şcolar, rezidenţial, amical, religios etc.

Numeroase conduite considerate patologice de către anturaj apar în realitate fie ca semne ale unui protest sănătos, fie ca dovezi ale patologiei anturajului. Cum se întâmplă în condiţiile unui mediu patologic, în cazul conduitelor de furt (v. cap. 10, 2.) sau minciună (v. cap. 10, 1) sau a comportamentelor aparent mai dezorganizate, cum ar fi delirul indus (v. cap. 22, 2.).

Criteriile de evaluare aplicate la copil trebuie să ţină cont de context: practic, aceeaşi conduită poate avea un sens foarte diferit dacă survine la un copil ce

[7] În text, în limba engleză – *disfuncţie cerebrală minimă*. (n. t.)

beneficiază de un aport familial pozitiv sau, dimpotrivă, la un copil ce trăieşte într-un mediu de o dezorganizare generală, cum este cazul familiilor-problemă (v. cap. 22, 1.).

Dar evaluarea impactului condiţiilor externe asupra structurii psihologice a copilului nu este facilă. Noţiunea de patologie reactivă nu trebuie să ne facă să ne imaginăm că un simptom poate răspunde în totalitate şi în permanenţă la o simplă condiţionare sau la o reacţie lineară de tipul stimul-răspuns. Mai trebuie evaluat gradul de interiorizare al acestei conduite şi puterea sa patogenă pentru organizarea psihică actuală a copilului.

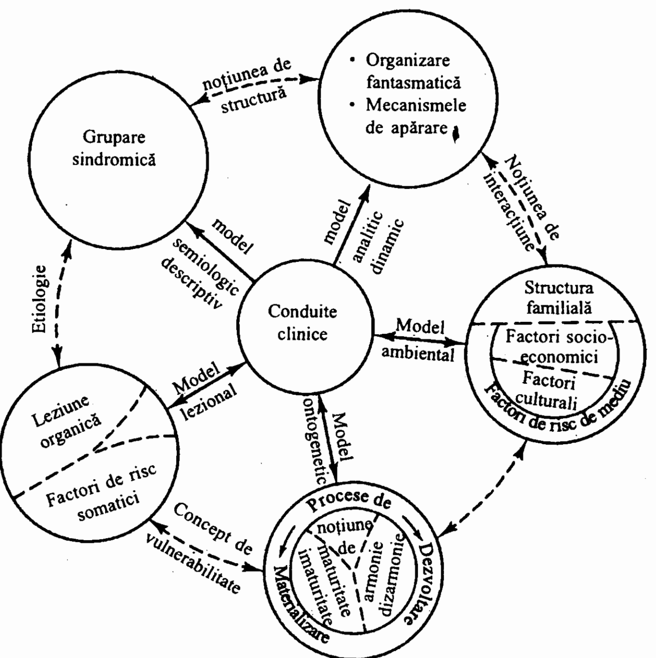
Acestui demers îi răspunde noţiunea de tulburare reactivă, dar şi noţiunile de vulnerabilitate şi de competenţă (v. cap. 21). Astfel, încercarea de a defini în funcţie de mediu ce înseamnă un copil normal şi un copil bolnav revine în parte la a defini un mediu normal şi un mediu patologic, adică societatea normală şi societatea patologică, ceea ce ne conduce la diverse posibile definiţii ale normalităţii şi ilustrează totodată riscul unei reflecţii închisă în sine, atunci când este abordată această problemă într-un plan pur teoretic.

3. — CONCLUZIE

În studiul conduitelor şi echilibrului psihoafectiv al unui copil, normalul şi patologicul nu trebuie considerate ca două stări distincte una de cealaltă, pe care le separă cu rigurozitate o graniţă sau o prăpastie adâncă. Nimic nu ne permite să considerăm că există două domenii categoric heterogene ce dovedesc, unul procesele psihologice normale, iar celălalt pe cele de destructurare sau de inorganizare patologică. Dezvoltarea, maturizarea copilului sunt prin ele însele surse de conflicte care, ca orice conflict, pot suscita apariţia unor simptome.

Astfel, domeniile respective ale normalului şi patologicului se interpenetrează în mare măsură: un copil poate fi în mod patologic normal, aşa cum poate fi în mod normal patologic. În categoria de patologic normal pot fi incluse stări cum ar fi cele de hipermaturitate la copiii cu părinţi psihotici (v. cap. 22, 2.1.) sau divorţaţi (v. cap. 22, 3.1.) sau cum este conformismul. În categoria normal patologic pot fi incluse fobiile din copilăria mică, conduitele de ruptură din adolescenţă şi multe alte stări.

A gândi într-o dihotomie simplistă: normal sau patologic, nu prezintă mare interes în pedopsihiatrie. În schimb, evaluarea riscului de morbiditate şi a potenţialului patogen al organizării psihopatologice actuale a unui copil trebuie să ia în considerare mai multe axe de referinţă, raportarea la diverse modele conceptuale. Putem considera că aceste modele se împart în cinci mari tipuri:



Fɪɢ 3. *Diversele modele de comprehensiune în psihopatologia copilului.*

- modelul semiologic descriptiv;
- modelul lezional;
- modelul ontogenetic;
- modelul analitic;
- modelul factorilor de mediu.

Confruntat cu un copil în singularitatea sa, clinicianul utilizează în mod preferenţial modelul sau modelele care i se par cele mai pertinente în înţelegerea sa. „Tablourile clinice" descrise de nosografia tradiţională trebuie şi ele înţelese prin prisma acestor modele ce le conferă un sens. Cu titlu de ilustrare vom încheia acest capitol cu două tabele: primul este acela al principalelor axe de comprehensiune utilizate în psihopatologia copilului, al doilea este o încercare puţin cam schematică ce caută pur şi simplu să introducă o reflecţie asupra pertinenţei acestor diferite modele în funcţie de „tablourile clinice" clasice. Majoritatea clasificărilor nosografice actuale încearcă tocmai să ţină cont de această dimensiune pluriaxială esenţială în psihopatologie, fie că este vorba despre DSM-III-R sau IV, sau despre clasificarea franceză recentă (v. cap. 3, 3.).

TABELUL I. – *Pertinența relativă a diferitelor modele de comprehensiune în funcție de unele „tablouri clinice"*

	Modelul descriptiv	Modelul structural	Modelul ontogenetic	Modelul ambiental	Modelul lezional
Nevroza copilului	+++	++++	++	+	
Dislexie	+++	++	++	++	+
Autism Kanner	++++	+	++	+	+++
Psihoză precoce tip psihoză simbiotică	+	++++	++	+++	
Dizarmonie de evoluție		+	++++	++	
Prepsihoză		++++	+++	++	
Disfuncție cerebrală minimă (MBD)	++++		+		+++
Epilepsie	++++	+	++		+++
Mongolism	+++				++++
Prematuritatea și consecințele sale	++		++	+++	+++

BIBLIOGRAFIE

ANTHONY E.J., CHILAND C., KOUPERNICK C.: *L'enfant à haut risque psychiatrique*. PUF, Paris, 1980.

CANGUILHEM G.: *Le normal et le pathologique*. PUF, Paris, 1966.

CHILAND C.: L'écolier normal. *Rev. Neuro. Psych. Inf.*, 1978, 26, 9: 469-470.

DIATKINE R.: Du normal et du pathologique dans l'évolution mentale de l'enfant. *Psy. Enf.*, 1967, 19, 1:1-42.

FREUD A.: *Le normal et le pathologique chez l'enfant*. Gallimard, Paris, 1962.

LEBOVICI S., DIATKINE R.: Le concept de normalité. *In:* ANTHONY E.J., CHILAND C., KOUPERNICK C.: *L'enfant à haut risque psychiatrique*. PUF Paris, 1980, 29-43.

MONOD J.: *Le hazard et la nécessité*. Le Seuil, Paris, 1970.

WIDLÖCHER D.: La question du normal et du pathologique à l'adolescence. *Rev. Neuro. Psych. Inf.*, 1978, XXVI, 10-11:533-537.

3 EXAMINAREA COPILULUI

1. — INTERVIUL CLINIC

Conducerea interviurilor de investigare cu un copil şi familia acestuia este în mod cert foarte dificilă, pretinde o lungă experienţă şi nu se poate învăţa decât parţial din cărţi. Multitudinea situaţiilor, numărul mare de persoane care intervin în jurul copilului, apariţia inevitabilă şi necesară a neprevăzutului, toate aceste date explică dificultăţile întâmpinate în codificarea întrevederilor iniţiale.

Reperarea conduitelor de suferinţă, analizarea originii lor exacte (la copil, la părinţi, în fratrie, la şcoală...), evaluarea rolului lor în organizarea psihopatologică a individului şi în sistemul de interacţiuni din grupul familial, precizarea nivelului lor în raport cu dezvoltarea genetică, recunoaşterea sensului lor în raport cu istoria copilului şi a părinţilor săi: este o rezumare a travaliului multiaxial al consultantului.

În cursul interviurilor de investigare scopul nu este numai de a evalua normalul sau patologicul unei conduite, ci şi amenajarea posibilităţilor terapeutice imediate (consultaţii terapeutice) sau ulterioare. Cititorul se va putea raporta la capitolele consacrate normalului şi patologicului, interviurilor de investigaţie (v. cap. 28) şi consultaţiei terapeutice (v. cap. 28). În mod evident, este necesară o cunoaştere aprofundată a dezvoltării normale a copilului. Noi vom aborda aici numai aspectele tehnice ale interviurilor. Două puncte sunt deosebit de delicate şi reprezintă dimensiunea specifică a interviului în pedopsihiatrie:

- relaţiile părinţi-copil-clinician;
- modul de comunicare între clinician şi copil.

1.1. — RELAŢIILE PĂRINŢI–COPIL–CLINICIAN

Prima întrevedere

Maniera în care se desfăşoară prima întrevedere este bogată în informaţii: modalitatea de contact (telefon, vizită, scrisoare), persoana care stabileşte contactul

(mama sau tata, asistentul social, o rudă apropiată, copilul însuşi), motivaţiile succint exprimate, amplu prezentate sau ţinute secret etc.

Prima întrevedere ca atare, desfăşurarea consultaţiei depind în parte de clinician şi în parte de familie.

Uneori pedopsihiatrul este cel chemat să vină la prima întrevedere, dar cel mai adesea acesta se confruntă cu o situaţie în fapt, ea însăşi bogată în informaţii:

– *copilul împreună cu mama* reprezintă situaţia banală faţă de care nu se poate avea nici un fel de prejudecăţi;

– *copilul împreună cu cei doi părinţi* se observă în familiile atente şi motivate, dar şi în familiile aflate în discordie, în care fiecare ţine să asiste la ceea ce spune celălalt;

– *mama singură* tinde cel mai adesea să îl includă pe clinician în controlul omnipotent pe care încearcă să îl exercite asupra universului copilului său;

– *copilul, mama şi fraţii* pun înainte de toate problemele de interacţiune dintre fraţi (fie că acest fapt se petrece în psihismul mamei sau în acela al copiilor) sau se observă atunci când mama este debordată de progenitura sa într-o inserţie socială mediocră (nu poate fi lăsat în grijă);

– *copilul singur* (sau însoţit de un terţ: asistent social, frate mai mare, bunic, vecin...) exprimă o suferinţă de tip abandonic sau o respingere familială mai mult sau mai puţin netă;

– *copilul împreună cu tatăl* traduce frecvent o discordie familială, un divorţ sau o situaţie neobişnuită (decesul mamei, tatăl lucrează la domiciliu...).

Având în vedere toate aceste modalităţi diverse, vom încerca să respectăm regulile pe care le vom expune mai jos.

Cu copilul mic şi cel de vârstă medie (până la 11-12 ani), considerăm că desfăşurarea recomandabilă este următoarea:

a) părintele sau părinţii se exprimă în prezenţa copilului;
b) copilul este văzut singur;
c) familia este din nou reunită.

Trebuie rezervate 90-120 minute pentru această primă consultaţie. Tehnica interviului cu părintele sau părinţii trebuie să alterneze discursul liber parental şi întrebările asupra unor aspecte deosebite. „Interogatoriul" permite în mod cert completarea grilei de simptome, dar sărăceşte complet procesul consultaţiei. Discursul parental liber dezvăluie modurile de comunicare, apărările şi construcţiile defensive, anumite fantasme familiale, dar poate fi resimţit cu o violenţă negativă şi lăsând totodată zone de umbră prejudiciabile.

Consultantul trebuie să fie atent la diferitele niveluri de comunicare şi de schimburi familiale:

– nivelul infraverbal: repartiţia persoanelor în spaţiu, către cine se îndreaptă copilul, cum se împarte discursul, gesturile şi mimica participanţilor;

– nivelul verbal: calitatea formală şi articularea discursului, conţinutul patent, rupturile de stil sau logică etc.

De obicei copilul tace în timp ce părinţii prezintă istoria simptomului. Apoi aceştia evocă istoria copilului şi vorbesc uneori despre copilul real, dar şi despre copilul imaginar. Uneori copilul intervine în discursul parental pentru a corecta o remarcă, pentru a atrage atenţia mai mult sau mai puţin exclusiv asupra lui sau pentru a cere să plece. Maniera în care el intervine în dialogul părinte-clinician este întotdeauna pertinentă şi trebuie atent notată.

Întrevederile ulterioare

Sunt necesare, în general, trei sau patru interviuri de investigaţie. Dacă natura intervenţiilor în cursul primei întrevederi depinde de natura familiei ca atare, clinicianul trebuie să poată, în cursul întrevederilor ulterioare, să prevadă întâlnirile. Uşurinţa sau dificultatea de a întâlni diverşi membrii ai familiei este evident un indiciu pentru funcţionarea acesteia (în mod particular venirea tatălui la consultaţie) şi a gradului său de motivare.

Se pune apoi problema întâlnirii părinţilor în afara prezenţei copiilor. În general, copilul trebuie prevenit asupra caracterului confidenţial al schimburilor dintre el şi consultant: „eu n-am să discut cu părinţii tăi ceea ce am vorbit (sau făcut) împreună, dar tu poţi să faci cum vrei, poţi să le spui sau nu".

Atunci când clinicianul a fost întâmplător informat de copil despre un element pe care părinţii săi nu l-au evocat (fie că este vorba despre uitare sau de un secret din partea lor), este preferabil să i se ceară autorizarea sau cel puţin să fie informat despre necesitatea abordării acestui subiect cu părinţii săi.

Întâlnirea părinţilor în afara prezenţei copilului nu este necesară întotdeauna: este preferabil ca, în măsura în care este posibil, să fie evitat acest fapt. Uneori trebuie ca părinţii să fie întâlniţi singuri:

– când aceştia solicită în mod expres acest lucru;
– când copilul apare ca miză a unui conflict de cuplu;
– când pare să fie simptomul unei patologii parentale importante.

Copilul trebuie prevenit cu privire la această întrevedere. Când este posibil, este mai bine ca întâlnirea cu părinţii să fie planificată ca atare şi să aibă loc fără să fie adus şi copilul la consultaţie (răbdarea copilului lăsat singur în sala de aşteptare este întotdeauna limitată).

În cursul acestor întrevederi de investigare pot fi abordate diversele sectoare a căror cunoaştere este indispensabilă: istoria copilului, antecedentele sale personale, medicale, psihoafective, sociale, relaţiile sale cu părinţii, cu fraţii, relaţiile şcolare, cu copiii de aceeaşi vârstă, ce îl interesează şi modul în care îşi petrece timpul liber, istoria familiei, istoria părinţilor, istoria simptomelor, demersurile întreprinse şi examinările efectuate etc.

1.2. — MODUL DE COMUNICARE ÎNTRE COPIL ŞI CLINICIAN

Stabilirea unei comunicări veritabile, având la bază un schimb afectiv pozitiv şi nu doar o rezervă defensivă, constituie un obiectiv al întrevederilor de investigare şi prezintă în sine o dimensiune terapeutică (v. *Consultaţia terapeutică*, cap. 28, 3.). Întreaga artă a clinicianului constă deci în a oferi copilului un context şi o atmosferă astfel încât această comunicare să se poată stabili. Este necesară o bună cunoaştere a modurilor obişnuite de comunicare între copil şi adult, cunoaştere ce nu se poate dobândi decât prin întâlniri repetate cu copiii de toate vârstele. Foarte schematic, principalele moduri de comunicare sunt următoarele.

Jocul. — Jocul cu maşinuţele sau trenuleţele, jocul cu păpuşile, „de-a mama", în cursul căror copilul pune în scenă fantasmele sale, stăpânirea angoasei lui, se identifică cu persoanele din anturajul său etc. (v. cap. 11). În cursul jocului, copilul se mişcă, ocupă spaţiul: clinicianul poate astfel să evalueze calitatea motricităţii şi să îşi facă o idee despre imaginea dinamică a corpului. Gesturile neîndemânatice, instabilitatea, distonia, pot fi observate, justificând un bilanţ psihomotor.

Dialogul imaginar. — Prototipul acestuia este jocul cu marionetele, dar mai există şi povestea inventată (de genul „tu trebuie să inventezi un vis frumos" sau „tu trebuie să inventezi un vis urât") sau jocul de rol, cum ar fi jocul de-a şcoala („tu erai elevul iar eu eram învăţătoarea" propune adesea fetiţa).

Desenul. — Este o tehnică utilizată în mod particular în Franţa. Recomandăm călduros lectura lucrărilor lui Widlöcher sau Debienne. Deseori copilul desenează cu plăcere în mod spontan. După un prim desen spontan, poate fi util, dacă desenul este foarte convenţional sau defensiv (o casă, un buchet de flori) să i se propună o temă pentru următorul desen (un omuleţ, familia...). Cu unii copii inhibaţi de foaia albă, sunt indicate fie sugerarea unei teme iniţiale, fie schiţarea unei forme prin tehnica Squiggle[8] propusă de Winnicott (v. cap. 28, 3.).

Dialogul tradiţional, faţă în faţă.

Utilizarea acestor diferite moduri de comunicare depinde întrucâtva de îndemânarea clinicianului în manevrarea uneia sau alteia dintre tehnici, de psihopatologia copilului, şi mai ales de nivelul său de dezvoltare. Tabelul 2 prezintă vârstele aproximative cărora le corespund aceste diverse tehnici. Este de la sine înţeles că aceste limite pot fi fluctuante de la un copil la altul, având în vedere în special patologia sa (debilitatea sau psihoza reduc mult posibilităţile

[8] In text în limba engleză. (n.t.)

TABELUL II. – *Cronologia principalelor moduri de comunicare cu copilul în situaţia de investigare.*

	Până la 3 ani	3 până la 7 ani	7 până la 11 ani	11 până la 13 ani	Peste 13 ani
Jocuri					
Dialoguri imaginare					
Desene					
Dialoguri de tip adult					

de comunicare). În fine, mai pot fi utilizate unele tehnici specifice: modelajul, jocurile cu apa şi/sau nisip, pământ...

Limbajul clinicianului trebuie să fie accesibil copilului şi să ţină cont de vârsta şi de nivelul de dezvoltare atins. Înainte de 5-6 ani, întrebările adresate direct copilului exercită frecvent o acţiune inhibitoare. Frazele trebuie să fie scurte, cuvintele să fie simple şi deseori trebuie repetate; acest fapt este cu atât mai important cu cât copilul este mai mic (v. în acest sens atitudinea terapeutului în psihoterapiile în conjuncţie mamă-copil mic). Clinicianul trebuie să fie atent în egală măsură la toate modurile de comunicare infraverbală (comunicarea analogică în mod deosebit: v. cap. 1, 2.4.) la care copiii sunt deosebit de sensibili: intonaţia vocii, atitudinile gestuale etc.

2. — EXPLORĂRI COMPLEMENTARE

În unele cazuri, întrevederile de investigare trebuie completate de o serie de explorări complementare, unele vizând sectoare particulare ale funcţionării psihice, altele vizând anumite aspecte somatice. Printre explorările psihologice este vorba, pe de-o parte, de diferite teste psihologice, iar pe de altă parte, de un bilanţ al principalelor funcţii instrumentale (bilanţ de limbaj, bilanţ psihomotor) sau de achiziţiile şcolare. Sunt prezentate aici numai testele psihologice de personalitate întrucât celelalte explorări sunt studiate în capitolul consacrat funcţiilor instrumentale corespunzătoare.

Explorările somatice includ mai întâi examenul fizic al copilului. În zilele noastre, a declara că examenul somatic este indispensabil reprezintă o clauză de stil lipsită de sens: cu unele excepţii (spre exemplu, în cazul spitalizării) nu este nici indicat, nici posibil să examinezi un copil în plan somatic şi în acelaşi timp să încerci să intuieşti semnificaţia conştientă sau inconştientă a conduitelor care sunt prezentate. În schimb, în caz de incertitudine, un examen somatic este necesar: este bine ca pedopsihiatrul să poată avea toată încrederea în acest examen şi să fie în relaţie cu un pediatru şi un neurolog cu care să colaboreze.

În ce priveşte examenele somatice complementare, este vorba în special de electroencefalografie, de tomodensitometrie cerebrală şi de explorările auditive. Alte examinări nu vor fi solicitate decât dacă există semne de orientare şi în acord cu medicul somatician. Electroencefalograma, tehnica de înregistrare a electrogenezei cerebrale, nu va fi detaliată aici: cititorul este rugat să se raporteze la articole specializate, precum şi la capitolul consacrat epilepsiei. Datorită interesului prezentat, vom spune câteva cuvinte referitor la tomodensitometrie şi la explorările auditive.

2.1. — TOMODENSITOMETRIA PRIN RAZE X (TDM: SCANNER) IMAGERIE PRIN REZONANŢĂ MAGNETICĂ NUCLEARĂ (RMN)

Principiu

Aceste două metode neuroradiologice au modificat profund, în câţiva ani, explorarea sistemului nervos central, graţie calităţii lor de a fi nevătămătoare şi rezultatelor remarcabile obţinute. Evoluţia rapidă a aparatelor face examinările din ce în ce mai rapide şi secţiunile explorate devin din ce în ce mai fine. Preţul ridicat al acestor explorări rămâne un factor limitativ. „*Tomodensitometria prin reconstrucţia de imagini constă în analiza cantitativă a coeficientului de atenuare a razelor X şi reconstruirea topografiei anatomice a acestor densităţi*“ (TDM) (Touitou). Imagistica prin *rezonanţă magnetică nucleară* (RMN) furnizează imagini multicupate aproape în orice plan şi chiar imagini tridimensionale. În prezent se poate ajunge până la variaţii ale decupajelor între 1 şi 10 mm.

Aplicaţie practică

Se cuvine de-acum să solicităm o tomodensitometrie în faţa oricărui tablou ce evocă o implicare a sistemului nervos. Vom cita interesul acestui examen în special în tumorile cerebrale şi în anumite encefalopatii degenerative sau inflamatorii (maladia Schilder). Examenul RMN este indicat în special în patologiile degenerative, vasculare (hemoragice sau ischemice), post-traumatice.

El permite totodată o mai bună explorare a îmbinării cervico-occipitale şi a măduvei cervicale.

În domeniul cercetării, explorările prin TDM şi prin RMN încep să fie practicate în mod sistematic în anumite afecţiuni (v. Autismul infantil, cap. 16, 3.).

2.2. — TEHNICILE DE EXPLORARE AUDITIVĂ

Depistarea unui defect auditiv, chiar parţial, trebuie făcută cât mai precoce posibil, datorită incidenţei pe care această deficienţă senzorială o antrenează în comunicarea umană, în special în sfera limbajului (v. Surditatea, cap. 14, 1.). Se distinge audiometria subiectivă şi audiometria obiectivă.

Audiometria subiectivă

Permite o evaluare foarte fidelă a pragurilor auditive, valoarea sa fiind fundamentală. Dar necesită cooperarea şi participarea activă a copilului, fie că aceasta este conştientă sau inconştientă (tehnica de condiţionare). Dificultăţile psihologice ale copilului constituie o limită în utilizarea sa. Răspunsul pozitiv este întotdeauna sigur, dar răspunsul negativ nu trebuie interpretat neapărat ca un defect de audiţie (refuz sau imposibilitate de cooperare).

Înainte de vârsta de un an, se urmăreşte în special *reacţia de surpriză*: reacţia motorie, reacţia de oprire, reflexul cohleo-palpebral, modificarea mimicii. Este o formă de depistare grosieră care necesită completări.

De la 1 la 3 ani, *Reflexul de Orientare Condiţionată* (ROC) permite trasarea unei curbe audiometrice foarte acurată. Se face în câmp liber şi deci nu permite decât trasarea curbei celei mai bune urechi. Se utilizează o reacţie de condiţionare: copilul întoarce capul către una dintre sursele cuplate la un teatru în miniatură care este iluminat. Numai cooperarea copilului, capacitatea sa de contact pot determina fiabilitatea acestui examen.

După 2 ani şi ½ – 3 ani, *metoda Peep Show*[9] permite, graţie utilizării unei căşti, un studiu al fiecărei urechi. Este o metodă foarte sigură atunci când condiţionarea este posibilă: după fiecare emisie sonoră, copilul apasă un buton, fapt ce îi oferă o recompensă (trecerea unui trenuleţ). Această participare activă a copilului întăreşte condiţionarea.

Audiometria obiectivă

Îşi datorează succesul, îndeosebi la copil, faptului că nu necesită cooperarea subiectului. Se disting aici măsurarea impedanţei şi metodele electrofiziologice.

[9] În limba engleză în text. (n. t.)

Măsurarea impedanţei. — Permite studiul funcţionării urechii medii: în caz de leziune, energia acustică nu este absorbită ci, dimpotrivă, reflectată. Măsurarea impedanţei apreciază importanţa acestei energii reflectate în funcţie de frecvenţe.

Se studiază şi reflexul stapedian: contracţia reflexă bilaterală a muşchiului scăriţei în cursul percepţiei unui semnal acustic, fapt ce dovedeşte că subiectul a auzit stimularea.

Metodele electrofiziologice. — Înregistrează fenomenele electrice induse de o stimulare sonoră pe traiectul căii auditive. Potenţialul de acţiune al nervului auditiv poate fi captat la fiecare nivel.

Electrocohleografia: este înregistrarea la nivelul cohleei. Este necesară anestezia generală. La copil fiabilitatea metodei este absolută, dar nu dă un răspuns decât pentru frecvenţele înalte, fără a preciza ce se păstrează sau nu din frecvenţele grave.

Potenţialul Evocat al Trunchiului Cerebral, sau Potenţialul Evocat Auditiv Cortical: înregistrează unda electrică cu o latenţă ce variază în funcţie de intensitatea şi de frecvenţa sunetului. Înregistrarea pozitivă este fiabilă, dar absenţa unei înregistrări nu implică în mod necesar absenţa auzului sau un defect auditiv, în special atunci când există alte perturbări ale electroencefalogramei.

Limitele metodelor electrofiziologice: sunt imposibil de aplicat înainte de vârsta de un an, imposibil de efectuat în caz de agitaţie (necesită o cască), sunt neinterpretabile în caz de anomalii pe electroencefalogramă.

2.3. — TESTE PSIHOLOGICE

Este numit test o probă standardizată şi pe cât posibil etalonată, ce permite compararea rezultatelor obţinute de un copil cu rezultatele obţinute de un grup martor de copii. Primele teste au fost cele de inteligenţă (Binet-Simon). Ulterior au fost definite două mari tipuri de teste: testele de nivel şi testele de personalitate.

Testele de nivel. — Măsoară reuşita sau eşecul la o serie de sarcini standardizate. Ele au ca obiectiv o evaluare a inteligenţei, iar rezultatele lor se exprimă în coeficientul de dezvoltare (QD) sau în coeficientul intelectual (QI). Aceste teste sunt studiate în capitolul: „Psihopatologia funcţiilor cognitive" (v. cap. 9).

Testele de personalitate. — Au ca obiect studiul componentelor afective ale personalităţii. Ele au la bază stabilirea unei situaţii pe cât posibil standardizată, care să permită comparaţii, dar rezultatele lor nu se exprimă cantitativ. Testele

de personalitate nu se finalizează prin stabilirea unui scor. În schimb, ele permit o evaluare calitativă a proceselor psihice care concură la organizarea personalităţii. Datorită acestui fapt, toate răspunsurile date la testele de personalitate sunt valide şi semnificative, spre deosebire de răspunsurile date la testele de nivel (unde există întotdeauna un răspuns corect şi unul greşit).

Printre testele de personalitate se disting chestionarele şi testele proiective.

Chestionarele

Construite pe modelul MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) care însă nu este aplicabil decât începând de la 17-18 ani, aceste teste sunt puţin aplicate în mod real la copil datorită constrângerilor materiale (durata aplicării, aspect uşor fastidios pentru copil...).

Testele proiective

Utilizarea lor în psihiatria copilului se bucură de un larg succes. Toate aceste teste au la bază conceptul de proiecţie, articulat la rândul său cu noţiunea de percepţie. Nu există percepţie neutră; orice percepţie are la bază un travaliu de interpretare care este în funcţie de problematica internă a subiectului. Caracteristica testelor proiective constă în a propune un stimul perceptiv cât mai ambiguu posibil, astfel încât percepţia subiectului „proiectează" la maximum propria sa problematică. Pentru ca o astfel de proiecţie să poată opera fără oprelişte, deci pentru ca testul să fie într-adevăr valid, este important ca situaţia de examinare să fie favorabilă.

Cadrul de aplicare: mai mult decât pentru alte tipuri de teste, contextul întrevederii, personalitatea psihologului şi natura relaţiei joacă un rol fundamental. Situaţia testului proiectiv se bazează în parte pe un paradox: pe de-o parte, examinatorul trebuie să fie cât mai neutru cu putinţă pentru a nu influenţa natura percepţiilor şi proiecţiei pacientului, iar, pe de altă parte, acelaşi examinator este chemat să favorizeze exprimarea trăirilor celor mai intime ale pacientului.

La copil, situaţia de examinare prin teste este departe de a fi neutră; ea poate fi trăită ca un control, un fel de examen, o intruziune intolerabilă, un schimb ludic, o posibilitate de expresie... Se pot observa aceste diverse atitudini de la un copil la altul, dar şi la acelaşi copil de la un moment la altul. Rolul psihologului este tocmai de a oferi cadrul în care copilul să dezvolte cât mai puţin posibil o stare de nelinişte, de rezervă, de întărire a apărărilor. Numai o practică foarte îndelungată a acestor teste cu copii de vârste diferite şi prezentând o patologie foarte variată poate permite psihologului să găsească, graţie experienţei şi empatiei sale, atitudinea potrivită, la jumătatea distanţei între solicitarea excesivă şi neutralitatea rece.

Testul Rorschach

Aplicat încă din 1925 la copil (Löpfe), este unul dintre testele cele mai utilizate, fără altă limită de vârstă în afară de posibilităţile de exprimare verbală. Este alcătuit din 10 planşe, 5 negru, 2 roşu şi negru, 3 policrome, compuse din pete non-reprezentative având o simetrie axială.

Demarcarea răspunsurilor, analiza şi interpretarea lor, are la bază o grilă de decodificare care ţine cont de evoluţia genetică a copilului (Dinoretzki, Beizmann). Tehnica de interpretare actuală utilizează în mare măsură concepţii psihanalitice (procese primare/procese secundare, nivel de organizare libidinală, natura proceselor de apărare ale eului etc.) pe lângă criteriile obişnuite, centrate pe modurile de aprehensiune.

Rapaport şi Schafer, printre alţii, în Statele Unite, N. Rausch de Traubenberg şi M. F. Boizou în Franţa au contribuit mult la aceste cercetări. Cititorul interesat de acest subiect poate citi cartea remarcabilă de N. Rausch şi M. F. Boizou: *Le Rorschach în clinica infantilă.*

Interpretarea ţine cont de datele provenind de la diferite niveluri. Mai întâi trebuie luat în considerare aspectul formal al răspunsurilor şi conţinuturile lor, în afară de interpretarea problematicii copilului, studiind succesiv:

- modurile de aprehensiune;
- modurile de exprimare;
- conţinutul răspunsurilor.

Odată reperate aceste niveluri, interpretarea vizează mai departe diferite axe interpretative:

- axa dezvoltării libidinale (planul oralităţii, analităţii, genitalităţii);
- axa proceselor defensive (natura angoasei, tipul de apărare utilizat);
- axa reprezentărilor de sine şi ale imaginilor parentale

Datorită acestui fapt, rezumatul la Rorschach conţine două tipuri de rezultate:

— PRIMUL NIVEL priveşte ansamblul rezultatelor referitoare la modurile de aprehensiune, aspectul formal al răspunsurilor şi conţinuturile lor imediate: aceste rezultate pot fi grupate în *psihogramă*, unde apar trăsăturile proeminente ale protocolului: procentajul răspunsurilor globale în raport cu cele de detaliu, importanţa detaliilor albe, calitatea determinanţilor formali, frecvenţa răspunsurilor kinestezice şi a răspunsurilor de culoare permiţând definirea tipurilor de rezonanţă intim, extratensiv, introversiv, ambiegal sau coartat; numărul total de răspunsuri şi pe fiecare planşă, numărul de banalităţi, de răspunsuri „uman" sau „animal" etc. Această *psihogramă* permite stabilirea unor profiluri de personalitate, evaluarea nivelului de dezvoltare genetică a copilului şi obţinerea unei prime evaluări a modului său de aprehensiune a realităţii.

– AL DOILEA NIVEL priveşte studierea naturii proceselor psihice care permit

articularea dintre nivelul perceptiv şi nivelul fantasmatic. Este un veritabil travaliu de analiză psihopatologică al cărui obiect nu este de a defini un tip de personalitate, nici un diagnostic psihiatric, ci de a încerca o percepere a modului în care copilul articulează realul care îi este propus cu imaginarul său: cum se operează acest du-te-vino între real şi imaginar, ce tip de problematică sau de fantasmatică lasă să se perceapă, ce operaţii defensive fluide sau copleşitoare utilizează el etc.

Testele tematice

Există mai multe teste numite tematice.

— TAT (THEMATIC APERCEPTION TEST – DE MURRAY[10]). — Este compus din 30 de planşe reprezentând o scenă cu personaje în situaţie ambiguă (o persoană pare să privească pe fereastră, un copil aşezat în faţa unei viori...); tablouri fără personaje sau cu vagi umbre. Ultima planşă propusă este albă. Pentru fiecare planşă pacientul trebuie să spună o poveste pe care trebuie să o inventeze pornind de la ceea ce îi sugerează materialul. Acest test poate fi aplicat începând de la 11-12 ani.

— CAT (CHILDREN APERCEPTION TEST – DE BELLACK). – Este destinat copiilor mici. Personajele umane sunt înlocuite de animale.

– TESTUL PATĂ NEAGRĂ (L. Corman) reprezintă o serie de desene în care un purceluş cu o pată neagră se găseşte în situaţii care explorează diversele conflicte ale universului infantil, centrate în jurul imaginilor parentale şi ale fratriei: oralitate, analitate, rivalitate fraternă, pedeapsă, abandon etc.

– MAI POATE FI CITAT ŞI TESTUL LUI ROSENZWEIG (evaluarea toleranţei la frustrare) testul de completare a frazelor, de Bonnet Stein, testul fabulelor de Düss.

Interpretarea acestor teste, în special a TAT, a CAT şi „Pată Neagră" este mai puţin riguros codificată decât interpretarea la Rorschach. Totuşi se pot regăsi şi aici cele două niveluri deja semnalate:

– **un nivel de evaluare a calităţii formale a răspunsurilor:** structura discursului în sine, calitatea şi bogăţia frazei...;

– **un nivel proiectiv:** în manieră generală, pacientul tinde să se identifice cu „eroul" principal propus de imagine. Analiza acestor procese de identificare (sau de non-identificare prin refuz sau evitare) permite o abordare a organizării dinamice a personalităţii.

[10] În limba engleză în text: Testul Apercepţiei Tematice. (n. t.)

Alte situaţii de teste proiective

Acestea sunt foarte numeroase. În general sunt mai puţin bine codificate decât testele precedente. Putem cita cu titlu de exemplu:

— TESTUL SATULUI (MONOD). — Constă în construirea unui sat, cu ajutorul unor materiale reprezentând diverse case şi clădiri. Există o grilă riguroasă de interpretare.

— SCENO-TEST – DE G. VON STAABS. — Prezintă un interes particular deoarece se află la intersecţia dintre o situaţie de evaluare, un interviu clinic şi o abordare terapeutică; este vorba despre o cutie ce conţine un număr mare de jocuri, animale, personaje umane adulte, copii şi bebeluşi, obiecte menajere miniaturale etc., cu care copilul este invitat să construiască un decor sau să inventeze o poveste. Standardizarea materialului, semnificaţia simbolică precisă, evantaiul larg de posibilităţi oferite, permit în acelaşi timp comparaţii de la un copil la altul, interpretarea principalelor tendinţe proiective ale copilului, stabilirea unui contact infraverbal cu un copil mic sau deosebit de inhibat în utilizarea limbajului etc.

Este un test foarte util în situaţia clinică, pentru copii de la 2 la 6 ani.

— TESTUL OMULEŢULUI, TESTUL FAMILIEI REALE SAU IMAGINARE, TESTUL ARBORELUI. — Prezintă avantajul că necesită un material redus (o foaie de hârtie şi creion, de unde şi denumirea uneori de test „hârtie-creion"). Acestea sunt variante mai mult sau mai puţin codificate de desen al copilului, unde intervin simultan capacităţile practognozice ale copilului (de unde şi posibilitatea de a evalua un anumit nivel de realizare) şi dimensiunea proiectivă.

3. — SCALE DE EVALUARE ŞI SISTEME DE CLASIFICARE

3.1. — CLASIFICĂRILE DIAGNOSTICE

Pornind de la grija pentru rigoarea metodologică şi de la necesitatea unei armonizări a limbajului nu numai între o echipă profesională şi alta, dar şi în comunitatea ştiinţifică de la o ţară la alta, clasificările diagnostice s-au multiplicat. Clasificările empirice din anii '60, tind să fie substituite de clasificările conţinând criterii de validitate însoţite sau nu de glosare (criterii negative de excludere). Ca şi în cazul scalelor de evaluare, fiabilitatea, altfel spus concordanţa răspunsurilor pentru acelaşi tip de pacient de la un clinician la altul, este esenţială.

Dincolo de problemele comune oricărui sistem de clasificare în psihiatrie, în domeniul particular al pedopsihiatriei apar dificultăţi suplimentare, legate de:

– o semiologie care nu este întotdeauna sau imediat perceptibilă şi nici direct evocată de către pacientul însuşi (în multe cazuri, părinţii sau educatorii sunt cei care avansează o plângere);

– o dependenţă importantă de anturaj, îndeosebi de familie;

– o semiologie care îşi schimbă atât expresia cât şi semnificaţia datorită evoluţiei în funcţie de creştere.

Totodată, clasificările diagnostice au tendinţa de a deveni un instrument indispensabil în domenii cum ar fi acela al cercetării sau al evaluării terapeutice. Pentru a lua în considerare diversele axe de comprehensiune pertinente în psihiatria copilului (*cf.* cap.: Normalul şi patologicul), majoritatea clasificărilor sunt multiaxiale, incluzând între două şi cinci axe (ICD-9 UK). Printre clasificările cele mai uzuale vom cita DSM-IV (Manualul diagnostic şi statistic al tulburărilor mentale, ediţia a IV-a), CIM 10 (Clasificarea internaţională a maladiilor, ediţia a 10-a) şi clasificarea franceză recent propusă de Mises & col. Sunt în curs de elaborare noi revizuiri ale DSM şi CIM. Am ales să nu prezentăm în detaliu aceste clasificări ce acoperă în mod evident întreaga semiologie şi nosografie descrisă în continuare în această lucrare. Cititorul interesat va putea găsi în aceste manuale specifice sau în anumite numere din revistele specializate detalii referitoare la diversele axe şi cotaţii ale acestor clasificări (*cf.* bibliografiei).

Utilizarea acestor scale şi clasificări suscită unele controverse. Fără a intra într-o astfel de dezbatere, vom spune doar că acestea devin din ce în ce mai indispensabile în domeniul cercetării, al epidemiologiei şi al evaluării. Totodată, prin însăşi concepţia lor, aceste scale de clasificare au tendinţa de a înfăţişa partea cea mai vizibilă a comportamentului în detrimentul aspectelor mai structurale (organizarea personalităţii, dinamica individuală şi familială etc.). Din acest motiv este adevărat că interesul lor pare mai limitat în faţa unui caz particular cu care este confruntat clinicianul. Ele reprezintă însă un instrument ce dezvoltă rigoarea, sprijinind reflecţia şi clarificarea demersului diagnostic în pedopsihiatrie.

3.2. — INTERVIURILE STANDARDIZATE ŞI SCALELE DE EVALUARE

În acord cu ceea ce se observă în psihiatria adultului, utilizarea interviurilor standardizate şi a scalelor de evaluare tinde să crească în pedopsihiatrie urmărind aceleaşi obiective:

– permiterea unei comunicări între echipe;

– susţinerea cercetărilor în special în domeniul epidemiologic;

– autorizarea unei evaluări mai riguroase a diverselor acţiuni terapeutice întreprinse.

Distincte de testele psihologice (teste de nivel sau teste de personalitate) şi de clasificările diagnostice, interviurile standardizate şi scalele de evaluare sunt alcătuite din chestionare, din liste de simptome (check-list), din inventare, scale de apreciere sau de evaluare (rating scale). Ele procedează fie prin autoevaluare (posibilă doar de la o anumită vârstă şi necesitând cooperarea subiectului), fie prin observaţia externă (a unui profesionist: medic, asistentă sau neprofesionist: părinte, rudă apropiată, educator...).

Marea dificultate metodologică întâmpinată de aceste interviuri şi scale o constituie desigur definiţia:

– **validităţii** lor (ce se măsoară efectiv?), fiind o diferenţă între *validitatea externă* în raport cu un instrument identic cunoscut şi *validitatea internă* evaluată prin analiza multivariantă;

– **fidelităţii** lor (constanţa rezultatelor la acelaşi subiect de la un moment la altul: *fidelitatea test-retest* sau de la un observator la altul: *fidelitatea interexaminator*);

– **sensibilităţii** lor (capacitatea de discriminare între un subiect şi altul);

– **specificităţii** lor (capacitatea de a măsura diferenţele între patologii).

În pedopsihiatrie, una dintre dificultăţile întâmpinate de aceste diverse instrumente rezidă în concordanţa lor sau nu în funcţie de diferitele surse de informaţie (copilul însuşi, părinţii, educatorii, persoanele specializate...). O altă dificultate ţine de nivelul de dezvoltare a copilului şi de necesitatea unui limbaj adaptat: este cazul în special pentru acele instrumente ce acoperă un interval important de vârste (spre exemplu de la 6 la 17 ani). În fine, toate aceste instrumente cotează mult mai uşor patologia comportamentală, vizibilă şi pusă în acţiune, decât patologia interiorizată, care tinde să „orienteze“ întrucâtva ponderea acestor diverse simptome.

Numărul mare de astfel de „instrumente“, crearea recentă a unora sau scoaterea rapidă din uz a altora, precum şi absenţa unui consens general ne determină să nu le enumerăm pe toate.

Interviurile standardizate îşi propun ca obiectiv o culegere sistematizată a datelor. Ele sunt construite în raport cu un sistem de clasificare, cel mai adesea fiind vorba de una dintre versiunile DSM. În general sunt construite într-o perspectivă categorială (răspuns da/nu) cu scop diagnostic şi nu iau în considerare intensitatea (punctul de vedere dimensional). Aplicarea lor este adesea lungă şi fastidioasă: utilizarea lor este rezervată cercetării. Putem cita: DISC şi DISC-R

(Diagnostic Interview Schedule for Children – Revisted[11]: tradus şi în limba franceză) pentru copii şi adolescenţi de la 6 la 17 ani, ce abordează 13 rubrici diagnostice diferite în raport cu DSM-III; DICA – nu este tradus în franceză.

Interviurile semi-structurate propun o formulă de compromis între interviul liber şi interviul structurat. Formularea întrebărilor este indicativă în acest sens. Acestea se bazează pe descrierea detaliată a simptomelor şi conduc la diagnosticul clinic. Şi acestea sunt utilizate în „populaţia psihiatrică" în scopul cercetării. Putem cita: Kiddie-SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children: Puig-Antich şi Chambers, 1978) tradus în limba franceză; ISC (Interview Schedule for Children: Kovacs, 1982); CAS (Children Assessment Schedule: Hodges, 1982)....

Scalele de evaluare explorează anumite sectoare ale patologiei. Ele nu au un obiectiv diagnostic, ci unul cantitativ, aceste scale adoptând în general o perspectivă dimensională. Au fost construite scale de evaluare pentru:

– anxietate: vom cita dintre autochestionare: scala revizuită pentru anxietate manifestă la copil: R-CMAS; scale de evaluare a fricii, de Wolpe şi Lang. Dintre heterochestionare: scala lui Conners, pentru părinţi şi educatori, scala prescurtată pentru anxietate, de Tyrer şi col., destinată adulţilor care observă copilul;

– depresie: Children Depression Inventory: CDI (Kovacs &Beck, 1977), Center for Epidemiological Studies Depression Scale: CES-DC (Faulstich, 1986), Children Depression Rating Scale – Revisted: CDRS-R (Poznanski, 1979, 1984);

– tulburări de deficit al atenţiei (Teacher Rating Scale, de Conners: CTRS; Parent Rating Scale, de Conners: CPRS);

– nou-născut şi bebeluş (scala Brazelton, scala Brunet-Lézine);

– autism infantil precoce (scala chestionar propusă de Rimland, de Ruttemberg, de Freeman, de Schopler, de Kuvg, de Lelord & col., etc.).

BIBLIOGRAFIE

Anzieu D.: *Les méthodes projectives.* PUF, Paris, ed. a V-a, 1976.

Arfouilloux J.C.: *L'entretien avec l'enfant.* Privat, Toulouse, 1975.

Beizmann C.: *Le Rorschach de l'enfant à l'adulte.* Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, ed. a II-a, 1974.

Constant J., Comiti F., Amour J.-P.: *La consultation médicale en psychiatrie infanto-juvenile.* Doin, Paris, 1983.

[11] În limba engleză în text. (n. t.)

Corman L.: *Le test de Patte Noire.* PUF, Paris, 1966.

Corman L., Marchal J.: Le test P.F. de Rosenzweig pratiqué selon la méthode des préférences identifications. *Neuropsych. de l'enf. et ado.,* 1979, 27 (12): 529-536.

Council On Sientific Affairs: Magnetic resonance imaging of the central nervous system, JAMA, 1988, 259, 1211-1222.

Dugas M., Le Houzey M.-F.: Nosologie et système du recueil des données en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. *Psych. Enf.* 1988, 31, 1, 5-48.

DSM-III-R. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Traduction de l'anglais sous la direction de J.D. Guelfi. APA, 1989.

Mises R. & coll.: Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. *Psych. Enf.* 1988, 31, 1, 67-134.

Moatti L.: Les investigations audiologiques chez l'enfant. *Perspect. psychiat.,* 1975, 52, 189-194.

Moor L.: Tests psychologiques d'intelligence et d'affectivité. *Pédiatrie,* 4101 G 75, EMC, Paris, 1971.

Numéro spécial: évaluations cliniques en pedopsychiatrie. *Neuropsych. enf.* 1986, 34, 2-3.

Rausch de Traubenberg N., Boizou M.F.: *Le Rorschach en clinique infantile.* Dounod, Paris, 1977.

Shentoub V.: Conflits et structure dans le TAT chez l'enfant. *Rev. Neuropsych. inf.,* 1963, 11 (5-6), 305-310.

Shentoub V.: A propos du normal et du pathologique dans le TAT. *Psychol. française,* 1973, 18 (4), 251-259.

Touitou D.: Tomodensitométrie en neuroradiologie infantile. *Pédiatrie,* 4090 B 06, EMC, Paris, 1978.

Von Staabs G.: *Le Scéno test.* Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1973.

Widlöcher D.: *L'interprétation des dessins de l'enfant.* Dessart, Bruxelles, 1965.

Young J.G.: *Entretiens diagnostiques structurés pour enfants et adolescents,* PUF, Paris, 1994.

Zazzo R. & coll.: *Manuel pour l'examen psychologique de l'enfant.* Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1969.

PARTEA A DOUA

STUDIUL PSIHOPATOLOGIC AL CONDUITELOR

4 PSIHOPATOLOGIA CONDUITELOR DE ADORMIRE ŞI DE SOMN

1. — GENERALITĂŢI

Clinica tulburărilor de somn la copil este de o mare varietate, la toate vârstele, dar trebuie să subliniem încă de la început importanţa extrem de mare a perturbărilor precoce. Ca orice conduită deviantă, semnificaţia unei tulburări de somn nu este univocă: ea depinde de însăşi natura acestei tulburări, de intensitatea sa, de semnele asociate, de vârsta copilului şi de evoluţia acestuia. Totodată, în ultimii ani atenţia s-a îndreptat asupra tulburărilor grave de somn ale bebeluşului: prezenţa lor este adesea indiciul unei perturbări profunde a primelor rudimente ale organizării personalităţii.

În afară de asta, de la introducerea şi utilizarea pe scară mai largă a înregistrărilor electroencefalografice, studiul tulburărilor de somn s-a transformat complet: acesta a devenit un domeniu privilegiat de confruntare fructuoasă între cercetători provenind din domenii diferite, uneori în mod tradiţional divergente.

1.1. — SOMNUL: ASPECT ELECTROFIZIOLOGIC

Dezvoltarea electrofiziologiei a bulversat profund cunoştinţele anterioare asupra somnului copilului, cunoştinţe care până atunci se reduseseră la o vagă estimare cantitativă. Înregistrările prelungite ale EEG nocturne au pus în evidenţă atât similaritatea morfologică a diverselor stadii de somn reperate la adult sau la copil, cât şi diferenţele în repartiţia cantitativă a acestor stadii.

Fapt fundamental, caracteristicile somnului evoluează foarte rapid în cursul primelor luni de viaţă. Să reamintim pe scurt principalele faze ale somnului descrise pornind de la înregistrările electrice. Somnul se împarte în două mari faze:

Faza somnului paradoxal (SP), paradoxal deoarece EEG-ul este apropiat de un EEG în stare de veghe, în vreme ce pragul de stimulare a trezirii este deosebit de ridicat. Faza aceasta mai este denumită şi faza mişcărilor oculare (*FMO, sau REM – Rapid Eye Movement*) sau faza de somn rapid. În cursul ei se constată:

– o activitate electrică rapidă, puţin diferenţiată de cea care se înregistrează în stare de veghe;

– existenţa mişcărilor oculare rapide;

– o relaxare a tonusului muscular la adult sau la copil începând de la vârsta de 2 ani, în vreme ce la nou-născut se remarcă existenţa unor mici mişcări ale extremităţilor sau ale feţei, uneori ale axului corporal, dar o inhibiţie a activităţii tonice.

Faza somnului calm sau lent este lipsită de activitate motorie, cu unde lente pe EEG. Această fază se împarte la rândul său în stadiile I, II, III şi IV, în funcţie de ritmul şi amplitudinea undelor electrice, mergând de la somnul lejer (stadiul I) până la somnul profund (stadiul IV).

În cursul somnului se observă o alternanţă periodică a acestor faze: SP precede în mod obişnuit o fază de somn lent şi profund. Semnificaţia acestor două tipuri de somn ar fi de asemenea diferită, somnul lent fiind acompaniat de o reconstituire energetică sau de o sinteză proteică (în cursul somnului lent, hormonul de creştere prezintă un vârf de secreţie), în vreme ce SP ar corespunde experienţei visului (v. 1.3.).

1.2. — DISTINCŢIA DINTRE SOMNUL ADULTULUI ŞI SOMNUL COPILULUI

Somnul copilului se distinge de cel al adultului prin patru particularităţi.

Valoarea cantitativă

Un nou-născut doarme în medie 16-17 ore pe zi în tranşe de câte 3 ore, repartizate de-a lungul nictemerului. La vârsta de trei luni, copilul doarme în continuare 15 ore, dar într-un ritm diferit, cu faze de somn mai lungi în timpul nopţii (până la 7 ore consecutive) şi momente de veghe prelungită în timpul zilei. Somnul de zi (siesta) dispare către vârsta de 4 ani; apoi cantitatea totală de somn se diminuează progresiv: 13 ore către vârsta de 1 an, 12 h 30 minute între 3 şi 5 ani, 9 h 30 minute între 6 şi 12 ani, 8 h 30 minute între 13 şi 15 ani. Totuşi, există mari variaţii interindividuale: astfel, Parmelee poate distinge încă din prima zi de viaţă nou-născuţii cu somnul scurt şi pe cei cu somnul lung.

Repartiţia fazelor de somn

La naştere, somnul paradoxal ocupă aproximativ 50% din timpul somnului. Acest procentaj se reduce apoi progresiv, pentru a ajunge la o proporţie de 20% la vârsta adultă. Durata medie a unui ciclu de somn (un ciclu este timpul ce separă două faze SP) este 60 de minute la copil, în loc de 90 până la 120 minute cum este la adult. Somnul lent se observă în principal în primele patru ore de somn, în vreme ce SP domină către sfârşitul nopţii.

Perioada iniţială de somn

La nou-născut şi la copilul mic (înainte de vârsta de 2 ani) se observă o fază de SP precoce, la 30-45 de minute după adormire. În schimb, la copilul mai mare, intervalul de timp până la apariţia SP este deosebit de lung (aproximativ 120 de minute), cu o primă fază de SP atipică şi incompletă. Unii autori (Braconier) văd în acest fenomen una dintre sursele fragilităţii primului somn al copilului şi a accidentelor paroxistice ce survin atunci, cum sunt teroarea nocturnă sau somnambulismul.

Semnificaţia somnului evoluează

Trebuinţă pur fizică (alternanţa somn/saţietate şi veghe/foame) la nou-născut sau la bebeluşul sub 3 luni, somnul devine treptat, sub acţiunea conjugată a ritmicităţii endogene şi a presiunii din mediul înconjurător, o funcţie relaţională fundamentală. Vom reveni asupra acestui aspect.

1.3. — SOMN ŞI VIS

Corelaţia electrofiziologică

Nu mai există nici o îndoială că SP corespunde activităţii visului: subiecţii (copii sau adulţi) treziţi în momentul unei faze de SP îşi amintesc întotdeauna cu claritate de un vis, fapt care nu se întâmplă când sunt treziţi în timpul somnului profund. S-a mai observat o corelaţie între intensitatea dramatică a visului şi intensitatea manifestărilor proprii SP (pauzele respiratorii, accelerarea cardiacă). În fine, experimentele pe animale au arătat că faza de SP este acompaniată de activităţi automate atunci când este înlăturată inhibiţia motorie prin distrugerea centrilor inhibitori (Jouvet). Se remarcă o evoluţie a fazelor de SP în cursul nopţii, acestea fiind mai importante către sfârşitul nopţii, cu o activitate onirică accentuată şi, se pare, mai puţin anxiogenă (Snyder).

Funcţia visului şi a somnului paradoxal a primit explicaţii variabile:

– funcţie de maturizare, în opinia unora, care argumentează prin importanţa

cantitativă crescătoare a SP până la naştere şi apoi descreşterea sa progresivă (Roffwarg);

– funcţie de eliberare şi descărcare a tensiunilor instinctuale (Dement);

– funcţie de programare (Jouvet), urmele mnezice lăsate de experienţa diurnă fiind integrate, legate şi programate în cursul SP: în această ultimă ipoteză, somnul, în special SP, ar juca un rol de prim plan în cadrul capacităţilor de adaptare între echipamentul genetic şi aportul mediului. El s-ar afla în egală măsură la baza funcţiilor de retenţie mnezică şi învăţare.

Abordarea psihanalitică şi psihogenetică

Începând cu lucrările lui Freud, somnul şi visul ocupă un loc important în teoria psihanalitică. Fără a avansa echivalenţe simpliste şi reducţioniste între două domenii de cercetare foarte heterogene, domeniul electroencefalografiei, pe de-o parte, şi domeniul psihanalitic şi psihogenetic, pe de altă parte, am putea spune că unele ipoteze emise în aceste domenii se suprapun, în vreme ce altele par incompatibile, după cum vom vedea.

Pentru Freud, visul este un compromis între „realizarea unei dorinţe imaginare inconştiente“ şi efectul de slăbire a cenzurii, devenită mai tolerantă datorită somnului, asociat totodată cu menţinerea activităţii preconştiente care protejează somnul. Fără a reveni aici asupra travaliului visului, adică a mecanismelor mentale ce formează preludiul la elaborarea onirică (figurare, condensare, deplasare), visul este considerat de Freud ca un fenomen pasiv de descărcare a dorinţelor inconştiente şi ca un „gardian al somnului“: el face posibilă continuitatea acestuia din urmă legând energia instinctuală ce ameninţă psihismul cu o efracţie traumatică. Acest rol de legare şi de menţinere a continuităţii a fost reluat de Fain şi David, într-o perspectivă uşor diferită de aceea a lui Freud: visul ar fi un instrument în serviciul mecanismelor de integrare a Eului, permiţând legarea energiei instinctuale a Sinelui de reprezentări psihice, deci crearea unor scheme de interacţiune ce unesc afectul de o reprezentare psihică, scheme pornind de la care activitatea psihică poate fi progresiv legată (Houzel, Braconnier).

La rândul său, M. Khan distinge „naraţiunea visului“ şi „experienţa visului“. Un *„vis bun este un vis care, graţie unui travaliu oniric reuşit, încorporează o dorinţă inconştientă şi face posibil în acest fel, pe de-o parte, ca somnul să se continue, iar pe de altă parte, rămâne disponibil experienţei psihice a Eului odată ce persoana s-a trezit“*. În schimb, „naraţiunea visului“ este rezultatul unui eşec: procesul fiziologic al visului rămâne clivat de experienţa pe care o are ca subiect, şi nu are valoare pentru elaborarea conflictelor interne. Într-un fel, naraţiunea visului este rezultatul unei introiecţii, în vreme ce experienţa visului provine dintr-o interiorizare (Houzel).

La copil, dincolo de evoluţia nevoilor cantitative în somn, distincţia dintre naraţiunea visului şi experienţa visului permite abordarea problemei apariţiei funcţiei onirice. Imageria visului este deosebit de bogată, dar nu se poate obţine o povestire a visului înainte de vârsta de 2–2½ ani. Este motivul pentru care L. B. Ams consideră că visul apare către vârsta de 2 ani. În schimb, alţi autori, raportându-se nu la naraţiune, ci la ceea ce ar constitui o experienţă preverbală, estimează că experienţa onirică de satisfacere halucinatorie a unei dorinţe ar fi mult mai precoce, diverşii organizatori ai vieţii psihice definiţi de Spitz servind la reperarea evoluţiei (Fain, Kreisler). În mod sigur, având în vedere atât datele rezultate din cercetările electroencefalografice cât şi din observarea comportamentului bebeluşilor în timpul somnului, şi din datele oferite de psihologia genetică, preformele visului apar încă din primul an de viaţă. Natura viselor este extrem de variată: vis-realizare a unei dorinţe, vis-retrăire a evenimentelor trecute agreabile sau nu, vis de pedeapsă, vis de angoasă sau coşmar. În funcţie de gradul de maturizare a copilului, de capacităţile sale de exprimare, de propriile sale trăiri, povestirea visului poate fi foarte variată. Majoritatea studiilor (Foulkes, Zlotowicz, Braconnier) au fost efectuate pe copii cu vârsta între 6 şi 12 ani: acestea indică, pe de-o parte, relaţia strânsă între viaţa psihică în starea de veghe şi activitatea onirică, iar pe de altă parte, evoluţia acestei activităţi onirice în cursul nopţii. Visele de la sfârşitul nopţii sunt adesea mai agreabile, mai bogate, atât în planul vocabularului cât şi al temelor relatate. Visele angoasante sunt deosebit de frecvente, dar anumiţi autori consideră că un „bun vis“ este refulat astfel că este uitat la trezire; doar coşmarul este reamintit, de unde şi evidenta frecvenţă a acestuia.

Funcţia şi semnificaţia somnului evoluează şi ele cu vârsta, explicând în parte anumite conduite patologice. Dacă la început alternanţa somn/veghe depinde în mod strâns de alternanţa satisfacere/trebuinţă, foarte rapid dimensiunea dorinţei, capacitatea de regresie, natura relaţiei cu mama, vor modifica acest ritm binar. O dată cu maturizarea psihoafectivă, somnul şi visul vor putea traduce:

– fuziunea cu mama (bună sau rea);
– aneantizarea, dispariţia sau moartea;
– separarea, pierderea sau abandonul;
– renunţarea la autonomie sau la control;
– ameninţarea emergenţei pulsionale şi a conflictului oedipian.

Astfel, pentru a adormi, copilul trebuie să poată să se bazeze, să se sprijine pe o bună imagine fuzională mamă–copil, protectoare, să accepte această regresie şi să o investească printr-o încărcătură libidinală neameninţătoare. Rolul anturajului este tocmai acela de a amenaja aria tranziţională pentru adormire (Soulé), pentru ca regresia să poată fi acceptată, sau chiar dorită. Frecvenţa

perturbărilor sau a dificultăților de adormire la copii este o ilustrare *a contrario* a fragilității acestei arii intermediare de adormire.

Confruntarea (Braconnier) dintre teoriile psihogenetice sau psihanalitice și datele electroencefalografice este fructuoasă, deși este important să ne abținem de la orice echivalență simplistă. Anumite ipoteze emise de Freud par puțin compatibile cu informațiile actuale asupra fiziologiei somnului: astfel, recurența regulată a SP și a activității onirice, cu diversele sisteme neuro-regulatorii de tip inhibitor ce le acompaniază este în antiteză cu o declanșare pasivă a visului. La fel, rolul de gardian al somnului nu este în concordanță cu rezultatele experimentelor de privare de SP: se pare că există o strânsă legătură între activitatea psihică în stare de veghe și activitatea psihică onirică. În schimb, rolul de descărcare a tensiunilor instinctuale și mai ales funcția de legare a stării afective de bază de o reprezentare psihică pare să fie în concordanță în ambele domenii de cercetare.

2. — STUDIU CLINIC

Studiul clinic al tulburărilor somnului este foarte bogat și variat. Noi distingem conduitele legate de adormire (insomniile precoce și tardive, ritualurile de adormire, fobia de adormire etc.) și conduitele patologice care apar în cursul somnului.

Reamintim că adormirea corespunde unui moment în care se afirmă trebuințe și/sau dorințe contradictorii și în același timp, așa cum am văzut, înregistrările electrice au permis descoperirea fragilității somnului inițial al copilului, marcat de o primă fază de SP incompletă, „ratată“.

În ce privește tulburările care survin în cursul somnului, acestea prezintă întotdeauna o legătură particulară cu SP, substituindu-i-se, împiedicându-l sau modificându-l (teroare nocturnă, somnambulism, enurezis). Această legătură cu SP trebuie să conducă la o interogație asupra „funcției psihice“ a conduitelor aparent banale sau cunoscute ca benigne, dar care pot reprezenta primele piedici în libera desfășurare a vieții fantasmatice.

2.1. — PATOLOGIA DE ADORMIRE

Insomnia din primul an

Tulburare foarte frecventă, cu semnificații desigur foarte diferite în funcție de gravitate, insomnia precoce reflectă întotdeauna o dificultate de relaționare între bebeluș și anturajul său.

În **insomnia comună** este vorba cel mai adesea de condiții nepotrivite sau neîndemânare (rigiditate excesivă a orelor de masă, excese ale rației alimentare, condiții acustice inadecvate), dar care pot indica dificultăți precoce de adecvare între bebeluș și mama sa. Insomnia cedează în mod obișnuit o dată cu ameliorarea acestor condiții defavorabile.

Insomnia precoce severă se prezintă cu totul altfel. Poate fi:

– **o insomnie agitată:** bebelușul nu încetează să țipe, să plângă, se agită și nu se calmează decât pentru scurte momente, epuizat, pentru ca imediat să înceapă din nou să plângă. Uneori această insomnie este însoțită de mișcări ritmice: balansare violentă sau chiar conduite auto-agresive;

– **o insomnie calmă:** bebelușul stă în pătuțul lui, cu ochii larg deschiși, tăcut, zi și noapte. Lasă impresia că nu cere nimic, nu așteaptă nimic.

Asemenea insomnii severe sunt rare, dar studiul antecedentelor patologice ale copiilor autiști sau cu psihoză precoce a permis punerea în evidență a frecvenței lor în prima perioadă de dezvoltare a acestor copii. Astfel de insomnii par să traducă un eșec al capacității de regresie precoce a bebelușului, în special a posibilității de a regresa la o bună imagine fuzională protectoare mamă–copil, pe care în mod normal se sprijină somnul bebelușului (Faim).

În opinia unor autori, insomnia precoce gravă ar traduce eșecul mamei în rolul său de protectoare a somnului copilului. Frecvența stărilor depresive, sau de angoasă profundă, de nevroză mai structurată la mamele ai căror bebeluși prezintă tulburări grave de somn este un argument în acest sens, la fel ca și ameliorarea concomitentă cu ameliorarea dificultăților mamei.

Oricum ar fi, existența unei insomnii precoce severe trebuie să atragă atenția clinicianului: este vorba despre un simptom îngrijorător ce necesită o investigație psihodinamică aprofundată a interacțiunilor familiale, în special cele dintre mamă și copil, ce necesită adesea instituirea unei psihoterapii a cuplului mamă–copil (A. Doumic).

Dificultăți de adormire ale copilului

Sunt mult mai banale, făcând aproape parte din dezvoltarea normală a oricărui copil, în special între 2 și 5–6 ani. La această vârstă, copilul aflat în plină achiziție a motricității, acceptă cu dificultate regresia pe care o implică adormirea, cu atât mai mult cu cât apariția primelor vise de angoasă face din somn o stare neliniștitoare: copilul se opune să se culce, instaurează diverse ritualuri, reclamă un obiect contrafobic (lumină, obiect tranzițional, degetul mare), are nevoie ca unul dintre părinți să îi spună o poveste... Amenajarea acestei „arii tranziționale“ între veghe și somn, moment aconflictual, trebuie să permită copilului să-și restabilească sentimentul de omnipotență și să creadă în capacitatea sa de a

controla atât pulsiunile cât şi această regresie (Soulé). Părinţii presimt această nevoie şi încearcă să creeze sau să favorizeze dezvoltarea acestei arii intermediare, satisfăcând cererea, spunând o poveste, petrecând timpul necesar cu copilul lor.

În manieră opusă, majoritatea dificultăţilor de adormire dovedesc o dificultate în a amenaja această arie tranziţională:

– **fie datorită condiţiilor exterioare defectuoase:** zgomot, coabitarea în camera părinţilor, iregularitatea excesivă a orelor de culcare;

– **fie datorită unei presiuni externe inadecvate:** rigiditate excesivă, opoziţia faţă de părinţi a unui copil care doreşte să păstreze controlul asupra acestei situaţii sau propria autonomie;

– **fie datorită unei stări anxioase sau unei organizări conflictuale interne,** ce face redutabilă regresia indusă de somn.

Analiza atentă a acestor diverşi factori, şi a posibilei lor intricări, trebuie să fie de la început terapeutică, fără a uita că, uneori, o simplă reorganizare a spaţiului poate conduce la dispariţia acestor tulburări: să nu mai doarmă în cameră cu părinţii, să i se ofere copilului un loc mai liniştit sau mai puţin neliniştitor.

Manifestările clinice pot fi diverse:

Opoziţia faţă de culcare. — Copilul plânge, se agită, se dezveleşte când este culcat; adesea numai după o lungă perioadă de luptă cu părinţii sfârşeşte prin a fi „doborât" de somn.

Ritualurile de culcare. — Sunt foarte frecvente între 3 şi 5–6 ani. Copilul cere ca perniţa lui, jucăria, batista, pantofii sau orice alt obiect să fie aranjate într-un anumit mod, întotdeauna acelaşi. Alteori cere un pahar cu apă, o bomboană, repetarea aceleiaşi poveşti. Aceste discrete manifestări obsesionale traduc încercarea de a stăpâni angoasa suscitată de ruptura relaţiei şi emergenţa pulsională la vârsta conflictului oedipian.

Fobia de culcare. — Se poate reduce la o cerere contrafobică: cel mai adesea lumina, uşa deschisă, dar uneori poate atinge o asemenea intensitate încât copilul este cuprins de panică imediat ce simte că adoarme: vrea să fie ţinut de mână, să adoarmă între părinţi, în patul lor, într-un fotoliu. Copilul nu poate fi aşezat în patul lui decât după ce a adormit. Această fobie de culcare apare în general după episoade de vise de angoasă sau de teroare nocturnă, către 2-3 ani.

Insomnia autentică. — Se observă la copilul mare sau la adolescent, este mult mai rară, deseori fiind remarcată de părinţi datorită întârzierii de a adormi: în realitate, înregistrarea electrică arată că, în majoritatea cazurilor, aceşti preadolescenţi sau adolescenţi au o cantitate şi o calitate normală a somnului, dar decalate la sfârşitul nopţii şi începutul dimineţii: ei dorm mai degrabă între ora 2 noaptea şi prânz decât între orele 22 şi 8. Astfel de decalaje ale ritmului nictemeral al adolescentului sunt foarte frecvente. Cauzele pot fi diverse: dorinţa de stăpânire deplină a propriei vieţi, pentru unii inclusiv a ritmului circadian; trezirea angoaselor în faţa activităţii pulsionale intense; culpabilitate faţă de viaţa onirică sau masturbare... Nu rareori se observă la adolescenţă reapariţia diverselor conduite de adormire proprii micii copilării, conduite ce dispăruseră în parte în perioada de latenţă: aşa sunt ritualurile de culcare, fobiile de adormire. Nevoia de a adormi ascultând muzică sau citind până la ore târzii poate fi privită ca un echivalent al amenajării unei arii tranziţionale (Braconnier). Insomnia autentică, adică reducerea semnificativă a timpului de somn, este rară. Ea survine într-un context de criză de angoasă internă, şi poate constitui preludiul apariţiei unui episod psihotic acut, de tip bufeu delirant acut.

Fenomenele hipnagogice. — Se observă între 6 şi 15 ani şi par să fie destul de frecvente în momentul adormirii (Michaux & Berges). S-au descris senzaţii cenestezice (descărcări electrice, tresăriri), vizuale (imagini geometrice, personaje sau animale mai mult sau mai puţin vagi), şi mai rar auditive. Prin caracterul lor angoasant, aceste fenomene hipnagogice pot provoca trezirea subiectului şi să inducă alte dificultăţi de adormire.

2.2. — PARASOMNIILE

Angoasele nocturne

Am regrupat sub acest termen diferite conduite care nu sunt întotdeauna discriminate cu rigoarea necesară, având în vedere că există confuzii între patologia adultului şi aceea a copilului. Este vorba despre „teroarea nocturnă" sau *pavor nocturnus*, visele de angoasă, trezirile anxioase. Termenul de coşmar ni s-a părut echivoc în măsura în care, în funcţie de autori, acesta desemnează când teroarea nocturnă (coşmarul care apare la adult), când visul de angoasă, când simpla trezire anxioasă. Desigur, în toate aceste cazuri, este vorba despre un episod acut care interferează cu somnul, dar studiul electroencefalografic permite distingerea terorii nocturne în mod riguros întrucât aceasta survine în cursul somnului lent, iar visul de angoasă este legat de apariţia unei faze de SP.

Teroarea nocturnă. — Este vorba despre o activitate halucinatorie nocturnă. Brusc, copilul începe să ţipe în pat, buimac şi cu o figură înspăimântată. Nu-i recunoaşte pe cei din jur, nici chiar pe mama lui, şi pare inaccesibil la orice raţionament. În mod obişnuit se observă paloare, transpiraţie şi tahicardie. Criza durează cel mult câteva minute. Apoi copilul adoarme imediat. Aceste terori

nocturne survin la începutul perioadei oedipiene (3-4 ani) şi apar în cursul primului ciclu de somn la începutul nopţii. În mod obişnuit a doua zi, la trezire, copilul are o amnezie a terorii.

Înregistrările electroencefalografice de noapte au permis precizarea faptului că episodul survine în cursul unui stadiu IV al somnului lent şi este caracterizat de apariţia de unde lente monomorfe cum se observă la reacţia de trezire în unde lente a copilului (Fischer, Benoit).

Astfel de episoade apar la 1 până la 3% dintre copiii sub vârsta de 15 ani şi la 6% dintre copiii de vârstă preşcolară. În majoritatea cazurilor aceste terori nocturne se reproduc de câteva ori între 3 şi 5-6 ani, apoi dispar. Mai rar, frecvenţa lor devine regulată, aproape cotidiană, putând să se asocieze cu alte simptome, în special de natură fobică.

În plan electrofiziologic se consideră că teroarea nocturnă este, ca şi somnambulismul, o trezire disociată cu o activare neurovegetativă, în vreme ce cortexul rămâne probabil într-un somn lent profund. Ar fi vorba despre o persistenţă a reacţiilor de trezire imatură observată la 85% dintre bebeluşii cu vârsta între 1 şi 2 ani (Kales).

În plan psihopatologic, apariţia terorii nocturne coincide cu instalarea conflictului oedipian, şi pare să traducă emergenţa unei angoase extreme *„inelaborabile ce afectează aparatul psihic"* (Houzel). Se poate considera că apariţia sa intermitentă traduce vicisitudinile primelor tentative neîndemânatice de elaborare în faţa angoaselor oedipiene. În schimb, persistenţa acestor terori nocturne indică în general imposibilitatea copilului de a elabora apărări psihice mai reuşite, şi poate marca întoarcerea pe nişte poziţii preoedipiene.

Visul de angoasă. — Apare cu o mare frecvenţă, 30% dintre copii (Casou, Feldman) relatează un astfel de episod survenit recent. Poate fi observat începând de la vârsta de 2 ani. Copilul geme, ţipă, plânge, strigă după ajutor. Uneori copilul se trezeşte, dar cel mai adesea abia a doua zi de dimineaţă povesteşte „visul urât".

Visul de angoasă pare să fie mai frecvent la începutul nopţii, în vreme ce visele agreabile predomină către sfârşitul nopţii. Procentajul de vise de angoasă în raport cu totalul viselor a fost evaluat diferit şi pare să depindă de vârsta copiilor, de condiţiile de culegere a povestirii visului (psihoterapie, în laborator, anchetă statistică). Dar în toate cazurile visul de angoasă corespunde apariţiei unei faze de SP.

Ca şi în cazul terorii nocturne, visul de angoasă este de mare banalitate, mai ales când apare consecutiv unui eveniment traumatic: în acest caz vădeşte o structurare progresivă a aparatului psihic şi instituirea principalelor mecanisme de apărare (deplasare, condensare...). În schimb, repetarea sa cu regularitate în fiecare noapte, persistenţa dincolo de perioada oedipiană sau asocierea cu alte simptome, pot traduce o organizare nevrotică sau chiar psihotică.

Trezirea anxioasă. — Este intermediară între teroarea nocturnă şi visul de angoasă. Copilul se trezeşte, neliniştit, dar fără manifestări halucinatorii; deseori se duce în patul părinţilor ca să adoarmă din nou. Înregistrările electrice arată că trezirea anxioasă se situează în stadiul III sau IV de somn lent, la începutul nopţii (primul sau al doilea ciclu de somn).

Somnambulismul

Somnambulismul predomină la băieţi, apare între 7 şi 12 ani, în special la copiii la care există antecedente familiale de somnambulism; 6-10% dintre copiii de această vârstă fac mai multe episoade pe lună.

În cursul primei jumătăţi a nopţii, copilul se ridică şi merge. Uneori prezintă o activitate complicată, întotdeauna identică. După câteva minute (10 până la 30), se culcă la loc sau se lasă dus în pat. A doua zi nu îşi aminteşte de nimic. În forma sa cea mai redusă, copilul, cu ochii deschişi, încearcă numai să se ridice. 15% dintre copiii cu vârsta între 6 şi 12 ani fac cel puţin un episod, dar numai 1-6% dintre ei prezintă un „somnambulism cu risc" (De Villard), datorită frecvenţei episoadelor (2-3 pe săptămână sau mai multe) şi a tipului de activitate care poate fi jenantă sau periculoasă (defenestrare).

„Somnambulismul teroare" este o variantă clinică rară (De Villard) ce asociază deambularea şi manifestarea terorii. Copilul poate fi agresiv dacă se încearcă sprijinirea sau calmarea sa.

Înregistrările electrice au arătat că somnambulismul survine la începutul nopţii, cel mai adesea în stadiul IV care precede cu 10-15 minute o fază de SP, sau în stadiul IV care precede prima tentativă de somn paradoxal. În oricare dintre cazuri, el întrerupe derularea fazei de SP previzibilă în mod normal.

Somnambulismul este izolat la majoritatea copiilor. Numai unii dintre ei prezintă trăsături nevrotice (anxietate, fobii), în special în forma „somnambulism teroare". Totodată, interferenţa cu faza de SP, a cărei desfăşurare normală o împiedică şi, în consecinţă, posibilitatea unui travaliu oniric, conduce la evocarea ipotezei unui eşec al posibilităţilor de mentalizare şi o deturnare a energiei pulsionale spre căile de descărcare motorie (Houzel). Din acest punct de vedere, ar exista o serie de echivalenţe între teroarea nocturnă, somnambulism şi enurezisul nocturn, fenomene al căror raport cu faza de SP este identic.

Somnambulismul evoluează adesea în mod favorabil, dispărând în mod spontan. În astfel de cazuri abţinerea terapeutică reprezintă regula. Atunci când somnambulismul este însoţit şi de alte simptome, în special de manifestări anxioase, o susţinere psihoterapeutică poate fi utilă.

În toate cazurile trebuie vegheat la securitatea copilului (scări, ferestre, uşi care conduc spre locuri periculoase...) în măsura în care sunt posibile accidente în cursul unui acces de somnambulism.

În caz de „somnambulism teroare" sau atunci când crizele sunt foarte frecvente, se poate propune un tratament medicamentos, fie pe bază de benzodiazepine, fie utilizând un antidepresiv (cu precădere amineptine, De Villars, 1980). Recurgerea la astfel de tratamente medicamentoase rămâne totuşi excepţională la copil.

Automatisme motorii: ritmiile din timpul somnului

Ritmiile din timpul somnului vizează în primul rând băiatul. Cu o apariţie foarte precoce, dar silenţioase la început, ele devin motiv de consultaţie atunci când copilul începe să facă zgomot. Aproximativ 4% dintre copii au ritmii (Lacombe).

Clinic. — Acestea apar în mijlocul nopţii, durează câteva secunde şi se repetă de 3-4 ori pe noapte. Mai rar pot să dureze 15-30 minute. Ritmul lor este întotdeauna extrem de regulat, aproximativ o bătaie pe secundă. Mişcarea în sine este variabilă: întoarcerea capului de la dreapta la stânga, balansarea gambei sau a genunchiului pliat, oscilaţie amplă antero-posterioară în poziţie genopectorală. Mişcarea poate atinge o mare intensitate, să facă mult zgomot şi să antreneze deplasarea patului în cameră. Practic, copilul îşi reglează impulsurile pe frecvenţa de oscilaţie a patului ceea ce provoacă un fenomen de rezonanţă: asta explică cantitatea redusă de energie consumată.

În plan electric. — Ritmiile se observă cel mai adesea în stadiile lejere ale somnului lent, mai rar în cursul SP. În toate cazurile, traseul electric al somnului este absolut normal. Ritmiile nu au deci nici un raport cu epilepsia nocturnă sau cu orice altă anomalie a somnului şi în consecinţă nu justifică nici un tratament antiepileptic.

Evoluţia. — Merge către dispariţia spontană în majoritatea cazurilor, începând de la 3-4 ani. Puţine cazuri persistă peste această vârstă, dar dispar către pubertate.

Abordarea psihopatologică. — A suscitat puţine studii. Copiii nu par să prezinte nici o trăsătură deosebită. Datorită apariţiei lor în cursul somnului lejer, considerăm apropiate ritmiile din cursul somnului de ritmiile de adormire, similare în plan clinic. În mod evident investirea auto-erotică a corpului şi a mişcării de balansare se află în prim plan, constituind o modalitate aparte de amenajare a ariei de adormire la anumiţi copii.

Conduita practică. — Fără a prezenta vreun inconvenient asupra somnului copilului ca atare, aceste ritmii pot totuşi, prin zgomotul pe care îl produc, să trezească întreaga familie. Într-un astfel de caz, o saltea aşezată pe podea poate

să împiedice rezonanţa patului, atenuând simptomul şi suprimând zgomotul. Tratamentele medicamentoase sunt mai degrabă nocive decât utile şi deci nu sunt recomandate.

Vom menţiona pe scurt câteva automatisme motorii particulare: bruxismul sau scrâşnirea dinţilor, somnilocvia în cursul căreia copilul mormăie sau vorbeşte indistinct. Raportul lor cu diversele faze ale somnului nu a fost încă studiat.

Enurezisul nocturn

Cititorul este trimis la capitolul referitor la tulburările sfincteriene. Vom aminti numai faptul că enurezisul nocturn survine puţin înainte de faza de SP împiedicându-i desfăşurarea previzibilă, fapt ce apropie această tulburare de teroarea nocturnă şi de somnambulism.

Epilepsia nocturnă sau epilepsia morfeică

Nu are un caracter clinic particular în afara faptului că survine în cursul somnului, adesea în momentul trezirii (v. cap. Epilepsie).

2.3. — PATOLOGIE SPECIFICĂ

Apreele din cursul somnului

Sunt rare, dar studiul lor este important deoarece anumiţi autori au emis ipoteza că apneea în somn ar putea fi cauza morţii subite a bebeluşului.

Apneea în somn poate genera o hipersomnie diurnă şi treziri nocturne repetate, putând ajunge până la insomnie nocturnă. În cele câteva cazuri studiate (Guilhaume), anumiţi copii care prezentau apnee importante (mai mult de 15 secunde) aveau şi o patologie ORL importantă. Amigdalectomia a diminuat frecvenţa şi durata apneelor. În aceste cazuri, părea să fie responsabil factorul obstructiv periferic. Alţi cercetători au emis ipoteza unei dereglări centrale a comenzii respiratorii.

Hipersomnia

În faţa oricărei hipersomnii sau somnolenţe, este important mai întâi să se elimine orice cauză neurologică, aşa cum ar fi o encefalită, hipertensiunea intracraniană de orice natură, traumatismul cranian sau o cauză metabolică.

Apoi trebuie stabilite variaţiile fiziologice în cadrul nevoii de somn şi ritmului nictemeral proprii fiecărui individ, adult sau copil.

În fine, trebuie verificată existenţa unei eventuale igiene deficitare a somnului (culcări foarte tardive, treziri nocturne repetate din diverse motive, zgomot anormal etc.).

Hipersomnia patologică este rareori diagnosticată în copilărie. Totuşi, anamneza adulţilor care suferă de hipersomnie relevă frecvent un debut în al doilea deceniu de viaţă (între 10 şi 20 de ani), intervalul mediu necesar pentru a ajunge la un diagnostic fiind de 13-14 ani! Se disting:

Narcolepsia-catalepsia (sindromul Gélineau)

Prevalenţa sa oscilează între 0,05 şi 0,067% (M. Billiard).

Acest sindrom asociază:

– o somnolenţă diurnă excesivă cu accese irezistibile de somn ce pot dura de la câteva minute până la câteva ore;

– atacuri cataleptice (abolirea bruscă a tonusului static ce durează de la câteva secunde până la un minut, declanşate adesea de emoţii, în special cele de natură agreabilă);

– paralizii în cursul somnului;

– halucinaţii hipnagogice auditive, vizuale sau labirintice, care au deseori caracter înspăimântător;

– un somn întrerupt de numeroase treziri.

Înregistrările poligrafice au pus în evidenţă faptul că adormirea se produce direct în SP fără a trece prin somnul cu unde lente. Atacurile de catalepsie sunt considerate ca o intruziune în cursul trezirii a inhibiţiei tonice proprie somnului profund.

Diagnosticul se bazează pe analiza clinică dar şi pe „testul iterativ de latenţă de adormire". În grupajul HLA există un „profil specific" cu prezenţa probabilă a unui marcaj genetic specific (cercetare în curs).

Dacă acest sindrom se observă în totalitatea sa între 15 şi 20 de ani, având un caracter net familial, totuşi nu este rară constatarea existenţei unuia sau a două simptome în copilărie: hipersomnolenţa şi atacurile de somn diurn ar fi semnele cele mai precoce. Tolerate până la 4-5 ani, aceste manifestări afectează ulterior viaţa socială a copilului. Printre antecedente se semnalează somnambulismul şi o stare hiperactivă (Navelet).

Un tratament medicamentos poate fi propus, fiind eficace în 60% din cazuri (modafinil). O anumită igienă de viaţă (siesta regulată) ameliorează simptomele.

Hipersomnia idiopatică şi ea debutează adesea între 10 şi 20 de ani. Prevalenţa este de 4-5 ori mai mare decât a narcolepsiei. Se manifestă prin asocierea:

– unui somn de noapte prelungit;

– unor dificultăţi majore de trezire dimineaţa;

– o somnolenţă diurnă permanentă ce nu este ameliorată de siestă (spre deosebire de sindromul Gélineau).

Înregistrarea electrică în timpul somnului relevă o creştere cantitativă globală cu o creştere şi mai importantă a SP. În afara celorlalte date, diagnosticul se bazează pe testul de adormire iterativă.

Sindromul Kleine-Levin se caracterizează prin asocierea episoadelor de hipersomnie cu hiperfagie, tulburări de comportament, de dispoziţie şi tulburări ale conduitelor sexuale. Acest sindrom se observă la adolescent (debut între 15 şi 20 de ani). Poate constitui uneori un mod de intrare în psihoză.

BIBLIOGRAFIE

ANDERS Th.: Etude ontogénique du sommeil du nourrisson. *Confrontations psych., Spécia,* Paris, 1977, 15, 49-80.

BENOIT O.: *Physiologie du sommeil.* Masson, Paris, 1984.

BILLIARD M.: *Le sommeil normal et pathologique.* Masson, Paris, 1994.

BRACONNIER A., PAILHOUS E., MARTIN M., BENOIT O.: Recherche sur le rêve chez l'enfant: action d'un traceur. *Neuro. psych. de l'enf.*, 1980, 28 (4-5), 167-173.

DEMENT W.: *Dormir, rêver.* Seuil, Paris, 1981.

DE VILLARD R., DALERY J., MAILLET J.: Le somnambulisme de l'enfant. *Neuro. psych. de l'enf.*, 1980, 28 (4-5), 222-224.

FREUD S.: *Le rêve et son interprétation.* Gallimard, Paris, 1925.

FREUD S.: *La science des rêves.* PUF, Paris, 1950.

HOUZEL D.: Rêve et psychopathologie de l'enfant. *Neuro. psych. de l'enf.*, 1980, 28 (4-5), 155-164.

HOUZEL D., SOULE M., KREISLER L., BENOIT D.: Les troubles du sommeil chez l'enfant. Avec les articles de: Braconnier, Doumic-Girard, Garma, Guillaume. *Expansion scientifique française*, Paris, 1977.

MAZET Ph., BRACONNIER A.: *Le sommeil de l'enfant et ses troubles*, PUF, Que sais-je?, Paris, 1982.

LACOMBE J.: Les rythmies du sommeil chez l'enfant. *Neuro. psych. de l'enf.*, 1980, 28 (4-5), 220-222.

PASSOUANT P., BILLIARD M.: La narcolepsie. *Rev. prat.*,1976, 26 (27), 1917-1923.

5 PSIHOPATOLOGIA CONDUITELOR MOTORII

Acțiunea nu poate fi concepută decât într-o dublă polaritate: pe de-o parte, aceea a unui corp în mișcare angajat într-o acțiune a cărei finalitate o justifică, iar, pe de altă parte, aceea a unui corp în relație cu un mediu susceptibil să influențeze această mișcare. În acest mod, o conduită motorie simplă poate fi diferită în funcție de faptul dacă în momentul respectiv copilul se află singur, în prezența părinților, a unui străin sau a educatoarei.

La nivelul motricității ca atare, se distinge mai întâi tonusul de fond, a cărui evoluție în primele luni de viață este fundamentală, apoi melodia kinetică ce permite înlănțuirea în timp și spațiu a fiecărui moment gestual și, în fine, automatismul gestului. Dar, fapt esențial, există în mod constant o corespondență între tonusul muscular și motilitatea ca atare ce guvernează armonia gestului, precum și o corespondență între tonusul mamei și cel al copilului, veritabil „dialog tonic".

Frânată la început de hipertonia fiziologică, motilitatea evoluează în ritmul maturizării fiziologice (dispariția reflexelor primitive, achiziția opoziției policelui etc.), dar și în ritmul interacțiunilor posibile cu anturajul care amenajează, orientează câmpul evolutiv al copilului și îi conferă coerență. Achiziția de noi capacități motorii este indisociabilă în același timp de maniera în care copilul se reprezintă și se simte acționând (integrarea unei scheme corporale statice și dinamice) și, pe de altă parte, de maniera în care mediul primește această motilitate și acceptă modificările ce pot rezulta. În acest mod, motilitatea va putea trece de la gesturile de imitație la o activitate operativă în cadrul căreia praxia devine suportul unei activități simbolice.

Integritatea diverselor căi motorii (căile piramidale, extrapiramidale și cerebeloase) constituie în mod evident o condiție prealabilă pentru o realizare satisfăcătoare a gesturilor, dar integrarea schemei corporale statice și dinamice și a relației sale cu mediul și dimensiunea afectivă pe care aceasta o presupune, sunt în egală măsură fundamentale. În domeniul pe care îl vom aborda aici, acest al doilea versant se află adesea la originea dificultăților motorii pe care le întâlnim.

În schimb, vom exclude din acest câmp dificultățile motorii provenind dintr-o atingere organică manifestă a căilor motorii: sechelele encefalopatiei infantile, hemiplegiei infantile... (v. cap. 14, 2.2.).

1. — TULBURĂRILE DE LATERALIZARE

Motiv frecvent de neliniște pentru părinți, în special atunci când lateralizarea pare să se facă la stânga, aceste dificultăți trebuie bine explorate înainte de a favoriza la copil utilizarea preferențială a uneia sau alteia dintre mâini. Începerea învățării scrierii și citirii constituie adesea motivul aparent al consultației și, în general între 5 și 6 ani, este solicitată o opinie de specialitate.

Vom reaminti că începând din jurul vârstei de 3-4 ani apare o preferință laterală, iar de la 4-5 ani, și mai departe, în afara dreptacilor și stângacilor omogeni, rămâne întotdeauna un anumit număr de copii defectuos lateralizați, fără însă ca aceștia să aibă neapărat dificultăți. În populația adultă, procentajele se stabilesc în modul următor: stângaci puri: 4%, dreptaci puri: 64%, ambidextri: 32% (Tzavaras).

Studiul lateralității se face la nivelul ochiului, al mâinii și al piciorului. Prin lateralitate omogenă înțelegem o lateralitate dominantă identică la cele trei niveluri:

– **ochiul dominant** este acela care rămâne deschis când se solicită închiderea unui ochi, sau cel cu care copilul privește printr-un monoclu (sul de hârtie) acoperindu-l pe celălalt cu mâna;

– **mâna dominantă** este poziționată deasupra celeilalte atunci când cerem copilului să încrucișeze brațele sau să pună pumnii strânși unul deasupra celuilalt;

– **piciorul dominant** *lovește* cel mai adesea mingea, sau este ales pentru a „sta într-un picior".

Este important să nu i se arate copilului gestul pe care trebuie să-l facă, fiind posibil ca acesta să imite.

Atunci când lateralitatea este omogenă (dreapta sau stânga), nu se pun probleme, chiar dacă „a fi stângaci" poate complica o serie de gesturi cotidiene (scriere, utilizarea foarfeci, a ibricului...). Nu se poate spune că rata de morbiditate a diverselor tulburări de dezvoltare ar fi semnificativ diferită între o populație de stângaci și una de dreptaci.

Atunci când lateralizarea nu este omogenă, este important să lăsăm copilul complet liber în alegerile sale pentru activitățile uzuale până la intrarea în ultima clasă de grădiniță (5 ani). În cursul acestei clase când este posibilă fie o pre-învățare a scrierii, este mai bine să nu se intervină prea mult dar, spre

sfârşitul anului şcolar, se poate începe o favorizare a utilizării mâinii drepte, cu excepţia cazului în care există o diferenţă importantă în îndemânarea gesturilor în favoarea mâinii stângi. În majoritatea cazurilor utilizarea mâinii drepte nu ridică nici o problemă. Trebuie să amintim însă faptul că învăţarea şi antrenamentul intervin în mod decisiv până la vârsta adultă în influenţarea, sau chiar modificarea asimetriei manuale.

Atunci când par să se manifeste dificultăţi motorii.(v. mai jos „disgrafia"), este preferabil de a ajuta copilul printr-o reeducare grafomotorie sau psihomotorie, în sensul larg, axată pe detentă şi dobândirea unei bune rezoluţii musculare.

Reamintim că în cazul unor leziuni organice (spre exemplu, hemiplegie infantilă), este întotdeauna preferabilă favorizarea utilizării părţii nelezate.

În final trebuie să semnalăm un caz particular şi paradoxal: existenţa a ceea ce am putea numi „falşi stângaci". Este vorba despre copiii lateralizaţi la dreapta, dar care utilizează mâna stângă pentru activităţile cele mai valorizate (în special scrisul). Această utilizare se face fie într-un context de opoziţie faţă de anturaj, fie ca o identificare cu un membru al familiei (părinte, bunic, unchi, mătuşă...) care este stângaci. Teama de faimoasa „stângăcie contrariată" conduce uneori la situaţia în care aceşti copii se închid într-o alegere nevrotică aberantă, sursă de dificultăţi ulterioare. Se înţelege că, într-un astfel de context, reeducarea psihomotorie sau psihoterapia constau în primul rând în a-l face conştient pe copil că este mai îndemânatic pe partea dreaptă şi în a-i permite eliberarea din alegerea patologică.

2. — DISGRAFIA

Un copil disgrafic este un copil care are un scris de o calitate deficitară în absenţa oricărui deficit neurologic sau intelectual care ar putea explica această deficienţă.

Este dificil de găsit un loc satisfăcător acestei probleme a disgrafiei date fiind multiplele interferenţe cu motricitatea ca atare, dar şi datorită raporturilor copilului cu învăţătorul, a locului pe care achiziţiile şcolare îl ocupă în dinamica familială, a valorii simbolice a scrisului, a ţinerii în mână a stiloului etc. Scrierea, moment semnificativ şi transcriere grafică a limbajului, depinde, pe de-o parte, de o învăţare şcolară ierarhizată, iar, pe de altă parte, de factorii maturativi individuali, în fine, de factorii lingvistici, praxici, psihosociali, care împreună guvernează realizarea sa funcţională. Nu vom aborda aici aspectul pedagogic al scrierii, subliniind numai importanţa care trebuie să acordată legăturii dintre citire şi scriere, valorii expresive a scrierii şi în cele din urmă motricităţii grafice proprie copilului. Referitor la acest ultim aspect, se pare că efectul maturizării funcţionale este mai important decât acela al învăţării, cel puţin în ce priveşte copierea scrisului, şi asta până în jurul vârstei de 5 ani şi 9 luni – 6 ani (Auzias): înainte de această vârstă, copiii sunt, în majoritatea lor, incapabili să execute copii lizibile şi să descifreze ceea ce au copiat. În schimb, o dată cu maturizarea motorie şi manuală, calitatea învăţării devine o variabilă esenţială.

Studiul clinic al disgrafiei arată că aceasta se asociază adesea altor serii de dificultăţi. Se pot întâlni următoarele asocieri:

– *tulburarea organizării motorii:* debilitate motorie, uşoare perturbări ale organizării cinetice şi tonice (dispraxie minoră), instabilitate;

– *tulburare spaţio-temporală:* marcată în special de tulburările în organizarea secvenţială a gestului şi a spaţiului, precum şi de tulburări de cunoaştere, reprezentare şi utilizare a corpului, în special în orientarea spaţială;

– *perturbarea limbajului şi citirii:* vezi Dislexia şi disortografia, cap. 6, 4;

– *tulburări afective:* anxietate, febrilitate, inhibiţie, putând merge până la constituirea unui veritabil simptom nevrotic în care semnificaţia simbolică a scrierii şi a creionului ţinut în mână devin prevalente. Reale conduite fobice sau obsesionale în faţa scrisului se pot manifesta printr-o disgrafie, a cărei caracteristică în această situaţie este că adesea este izolată, variabilă în funcţie de natura scrierii sau a persoanei căreia i se adresează, şi contrastează cu o abilitate gestuală şi manuală ce se conservă în alte situaţii (desen).

Aceste diverse origini se pot regrupa realizând în cel mai grav caz „impresia de crampă infantilă", comparabilă cu crampa scriitorului de la adult. Se regăsesc asociate în moduri diverse: stângăcie, paratonie, reacţii de catastrofă în faţa activităţii scripturale, dificultăţi de lateralizare sau de citire, atitudini conflictuale de tip nevrotic.

Examenul în momentul scrierii pune în evidenţă o crispare importantă a întregului braţ, opriri forţate în timpul scrisului, fenomene dureroase la nivelul mâinii şi braţului, transpiraţie abundentă. Ansamblul acestor simptome determină în mod firesc neplăcerea extremă faţă de scriere.

Abordarea terapeutică este în funcţie de registrul de dificultăţi asociate disgrafiei şi de semnificaţia acesteia în organizarea psihică a copilului: reeducarea grafomotorie şi psihomotorie atunci când predomină perturbările spaţio-temporale şi tulburările motorii, relaxarea atunci când distonia pare a fi prevalentă şi se organizează o „crampă a scrisului", ocolirea simptomului şi abordarea psihoterapeutică atunci când în prim plan se află dificultăţile afective şi simptomul pare să se înscrie într-o structură nevrotică.

3. — DEBILITATEA MOTORIE

În 1911, Dupré a izolat o entitate particulară pe care a numit-o „debilitate motorie“, alcătuită prin asocierea:

– **unei neîndemânări a motilităţii voluntare:** gesturile sunt greoaie, apăsate, parcă împleticite, iar mersul este lipsit de graţie. În faţa unei sarcini sau a unei suite de gesturi precise, copilul nu se aşează bine (stă răsucit pe scaun, în dezechilibru...);

– **sinkinezii**, adică mişcări ce difuzează în grupe musculare care în mod normal nu sunt vizate de un gest precis. Aici trebuie distinse **sinkineziile de imitaţie**, care difuzează în general pe orizontală (mişcările de prono-supinaţie de marionetă ale unei mâini difuzează către cealaltă mână), sunt destul de frecvente şi dispar treptat în cursul evoluţiei, şi **sinkineziile tonice**, care difuzează în general pe axul vertical (apar mişcări buco-faciale importante atunci când sunt mişcate mâinile, sau mişcări ale braţelor în cursul gesturilor făcute cu membrele inferioare) care apar numai la anumiţi copii şi persistă în timp. Acestea din urmă par mult mai patologice;

– **în fine, o paratonie**, caracterizată de imposibilitatea sau dificultatea extremă de a obţine o relaxare musculară activă. În faţa examinatorului care îi susţine mâinile sau antebraţele, copilul va păstra aceeaşi poziţie şi după ce s-a îndepărtat sprijinul, chiar dacă i se cere să se decontracteze. Această paratonie, ca un fel de contractură ceroasă, care la unii poate să meargă până la catalepsie, reprezintă o piedică majoră pentru o motilitate suplă şi armonioasă.

Aceste manifestări pot fi acompaniate de reflexe puţin vii şi de semne minime de iritare piramidală. Pentru Dupré, originea organică a acestei debilităţi motorii era neîndoielnică întrucât, în opinia lui, ea reflectă un proces de blocare în dezvoltarea sistemului piramidal. În schimb, aceasta trebuie distinsă de anomaliile lezionale ale căilor motorii şi de perturbările motorii care acompaniază debilitatea mintală profundă (v. cap. 9, 3.1.).

După descrierea iniţială făcută de el, această „debilitate motorie“ a cunoscut o extensie remarcabilă şi excesivă, întrucât unii autori nu ezitau să includă sub această denumire perturbări ce mergeau de la coree până la bâlbâială, inclusiv ticurile, instabilitatea, psihopatia etc. Se ajunsese astfel la reunirea sub aceeaşi denumire a unor manifestări de natură şi cu origine patologică foarte diferită. Sunt uşor de conceput riscurile unei asemenea extinderi.

În zilele noastre, acest concept trebuie delimitat cu mai multă rigoare. Trebuie excluse sindroamele neurologice care traduc o leziune în focar, şi rezervat acest termen dificultăţilor motorii legate de afectele copilului care exprimă atât dificultatea de „a fi în propriul corp“, cât şi de a ocupa spaţiul şi a se mişca în

cadrul unei motilităţi intenţionale şi simbolizate suficient de fluidă. „Debilitatea motorie“ ca simptom se întâlneşte deci la copiii cu o emotivitate invazivă, cu frecvente dar discrete tulburări de schemă corporală şi cu o viaţă fantasmatică dominată uneori de o distincţie mediocră între sine şi mediu. Totodată, la alţii, ea se poate reduce la o stângăcie gestuală a cărei semnificaţie nevrotică este evidentă, întrucât această neîndemânare este legată de o persoană sau de un mediu specific.

4. — DISPRAXIILE COPILULUI

Nu există frontiere foarte precise între debilitatea motorie gravă şi ceea ce numim în prezent dispraxiile copilului. Acestea din urmă se caracterizează prin existenţa unor perturbări profunde ale organizării schemei corporale şi ale reprezentării spaţio-temporale.

În plan clinic, este vorba despre copiii care sunt incapabili să efectueze anumite secvenţe de gesturi sau care le fac cu foarte mare neîndemânare: să se îmbrace, să-şi lege şireturile, să-şi încheie nasturii la cămaşă, sau să meargă pe bicicletă după vârsta de 6-7 ani. Ei întâmpină dificultăţi şi mai mari la nivelul realizării unor secvenţe ritmice (spre exemplu să bată alternativ din mâini şi apoi pe genunchi), în activităţile grafice (disgrafie majoră, mediocritate la desenul omuleţului). Eşecul este masiv în ce priveşte operaţiile spaţiale şi operaţiile logico-matematice. Probe cum sunt Bender sau figura Rey pun foarte bine în evidenţă aceste dificultăţi. Toate acestea duc în mod evident la un eşec şcolar masiv, în mare parte reactiv la tulburările iniţiale.

În schimb, limbajul, dacă nu este strict normal, este proporţional mult mai puţin perturbat.

Examenul neurologic este aproape întotdeauna normal; însă probele de imitare a gesturilor, de desemnare a diverselor părţi ale corpului eşuează în totalitate sau în parte.

În plan afectiv, se pot distinge două grupe de copii. Primii prezintă dificultăţi motorii prevalente, fără trăsături psihopatologice deosebite; se întâlneşte desigur o imaturitate sau atitudini infantile, o inhibiţie în contacte, probabil în parte reactivă, deoarece copilul dispraxic este adesea obiectul râsului şi glumelor proaste ale colegilor, dar se menţin în cadrul unei dezvoltări psihoafective sensibil normale. În schimb, celălalt grup manifestă perturbări mai profunde ale organizării personalităţii ce se traduc în plan clinic prin aspectul bizar, dificultăţi de contact şi o izolare relativă de grupul de copii. În ce priveşte testele de personalitate,

acestea relevă adesea o viață fantasmatică invadată de teme arhaice. La astfel de copii se pune problema unei organizări prepsihotice sau psihotice.

În zilele noastre, în fața acestor tablouri complexe trebuie căutate și semnele unei eventuale atingeri genetice ce ar putea fi identificate, cum este cazul sindromului Williams (v. cap. 14, 2.2.).

Abordarea terapeutică este în funcție de profunzimea tulburărilor de personalitate asociate. O terapie psihomotorie, suportul pedagogic sunt necesare și chiar indispensabile. Abordarea psihoterapeutică este deseori necesară.

5. — INSTABILITATEA PSIHOMOTORIE

„Instabilitatea" este unul dintre principalele motive de consultație în pedopsihiatrie. Cel mai adesea este vorba despre băieți (60-80% din cazuri). Uneori solicitarea consultației vine din partea familiei, în special în cazul copiilor de vârstă preșcolară, între 3-4 și 6-7 ani: „nu se oprește", „nu stă într-un loc", „pune mâna peste tot", „nu ascultă nimic", „mă epuizează", constituie afirmațiile principale din litania familiei. Alteori, la vârsta școlară, între 6 și 10-12 ani, învățătorul îi îndeamnă pe părinți să consulte pedopsihiatrul, centrând adesea discursul mai mult în jurul instabilității atenției decât a comportamentului: „trece de la una la alta", „este tot timpul cu capul în nori", „este distrat", „ar putea să facă mai mult dacă ar fi atent" etc. De la început se observă, prin aceste plângeri, dubla polaritate a instabilității: polul motor și polul capacităților atenției.

Totodată, este important să limităm cadrul instabilității și să reamintim existența unei perioade la copilul de 2-3 ani, sau mai mult, în care atenția este în mod natural labilă, când motricitatea sa explozivă îl împinge să își înmulțească descoperirile și experiențele. Anturajul nu acceptă întotdeauna cu ușurință această conduită care, din multe motive (atitudinea rigidă a părinților, spațiul locuinței este extrem de redus, exigențe aberante din partea școlii), nu este tolerată. Acest fapt este cu atât mai important cu cât copilul riscă, în fața intoleranței mediului și a exigențelor inaccesibile, să își accentueze această conduită și să se instaleze într-o veritabilă instabilitate reactivă. Să remarcăm legat de acest fapt că viața urbană actuală nu este foarte adaptată nevoilor de descărcare motorie a copilului, dând dovadă de o mare intoleranță față de ceea ce devine cu prea mare ușurință o „instabilitate" patologică. Vom cita printre altele, ritmurile școlare, apartamentele foarte mici, absența spațiilor verzi sau a locurilor de destindere etc.

5.1. — ÎN PLAN CLINIC

Putem distinge deci *instabilitatea motorie* propriu-zisă, în care copilul nu se oprește din mișcare (aleargă dintr-un loc într-altul, încrucișează și descrucișează picioarele sau mâinile atunci când este așezat...) și *neatenția sau instabilitatea psihică*. Aceste două forme de instabilitate sunt adesea asociate, la unii dintre copii una dintre ele putând ocupa primul plan.

Bilanțul psihomotor pune adesea în evidență, dincolo de instabilitatea motorie, o instabilitate posturală și existența unor *„reacții de prestanță"* (Wallon): atitudini emfatice, adultomorfe.

Studiul tonusului permite în opinia unora (Berges) distingerea instabilităților cu paratonie, caracterizate de un fond permanent de contractură sau de tensiune în care instabilitatea apare ca o „scăpare" din această stare de control, și instabilitățile în care bilanțul tonic pare normal însă există numeroase semne ale unei emotivități copleșitoare sau chiar haotice: privire neliniștită, tresăriri importante la cea mai mică surpriză, frământarea mâinilor, bufeuri vasomotorii pe față... Acești copii au aerul de a fi permanent într-o stare de hipervigilență anxioasă, ca și cum mediul ar fi în orice moment susceptibil să devină periculos sau nefiabil.

Restul examenului somatic este normal.

5.2. — CONTEXTUL PSIHOLOGIC

Este variabil. Mai întâi, instabilitatea poate să facă parte dintr-o stare reactivă la o situație traumatizantă sau anxiogenă pentru copil. Vom reaminti că, cu cât copilul este mai mic, cu atât modul său de a exprima o suferință sau o stare de tensiune psihică se produce mai ușor prin intermediul corpului. Acțiunea este la început modalitatea cea mai spontană și mai naturală de răspuns. Astfel, instabilitatea reactivă se întâlnește după intervenții chirurgicale, după separări sau despărțiri familiale etc.

La alți copii, instabilitatea pare relativ izolată: nu apar alte dificultăți majore pe alte axe de dezvoltare, echilibrul psihoafectiv nu pare în mod manifest perturbat. Nivelul intelectual este normal. Atunci se pune problema nivelului de toleranță al anturajului, în special cel familial, în raport cu acest aspect al comportamentului. Este posibil ca anumiți copii să prezinte în mod congenital o motricitate mai „explozivă" decât alții. În astfel de cazuri, reacția anturajului, printr-o intoleranță sau exigențe prea mari, riscă să fixeze ulterior reacția motorie într-o stare patologică, determinând într-o anumită măsură o anumită manieră de a fi: instabilitatea.

Uneori, acestei instabilități i se asociază alte manifestări psihopatologice: enurezis, tulburări de somn, dificultăți școlare, comportamente agresive cu reacție de prestanță, conduite provocatoare și periculoase, o susceptibilitate importantă și tendința la distructivitate sau la autodistructivitate. Uneori copilul caută să se auto-pedepsească sau să se facă pedepsit.

În acest caz, instabilitatea poate să capete semnificația căutării unei auto-pedepsiri, cum se observă la copiii care suferă de un sentiment de culpabilitate nevrotică. În alte situații, instabilitatea este fie răspunsul la o stare de anxietate importantă, fie echivalentul unei apărări maniacale în fața angoasei depresive sau de abandon.

În fine, instabilitatea se observă și într-o serie de tablouri mai complexe: psihoze infantile precoce (v. cap. 16), prepsihoză sau dizarmonie de evoluție (v. cap. 20).

În plan familial, se întâlnește frecvent la copiii instabili o constelație aparte: mama e foarte apropiată de băiat, dar această proximitate maschează adesea fantasme agresive sau de moarte; tatăl este îndepărtat, descalificat de către mamă sau descalificându-se singur în relația cu fiul său, uneori exprimând în mod crud agresivitate la adresa copilului, pe care îl percepe ca pe un concurent direct în raport cu mama (Ch. Flavigny).

Răspunsul terapeutic în fața copilului instabil, în mod evident nu este unul univoc, dar trebuie acordat atât copilului cât și familiei sale. Acesta va fi în funcție de reacția anturajului la instabilitate, reacție ce poate merge de la pedeapsă sau constrângere clară la complezență sau chiar la provocare, în funcție de existența sau nu a unor tulburări asociate (eșec școlar, enurezis...), în funcție de profunzimea tulburărilor de personalitate. Astfel, acțiunea terapeutică poate viza fie o reorganizare educativă (recomandări educative adresate părinților sau școlii, practicarea unui sport sau a unor activități recreative), fie o încercare de reinvestire libidinală pozitivă a ansamblului corpului static (relaxare) sau dinamic (diverse jocuri psihomotorii, dans ritmic), fie căutarea de a degaja unele conflicte psihoafective (psihoterapie).

6. — TICURILE

Ticurile constau în executarea bruscă și imperioasă, involuntară și absurdă, a unor mișcări ce reprezintă adesea „caricatura unui act natural" (Charcot). Efectuarea lor poate fi precedată de o nevoie, iar reprimarea lor produce disconfort. Voința sau distragerea pot să le suspende temporar. Ele dispar în mod obișnuit în cursul somnului.

Cele mai frecvente sunt ticurile faciale: clipirea pleoapelor, încruntarea sprâncenelor, rictus, protuziunea limbii, mișcarea bărbiei etc. La nivelul gâtului se observă ticuri de clătinare, înclinare, negare, rotire; se mai pot menționa ticurile de ridicare a umerilor, a brațelor, a mâinilor, a degetelor, precum și ticurile respiratorii (sforăitul, căscatul, suflarea nasului, tușire, ventilare etc.) sau fonatorii (plescăirea limbii, mormăit, emisia de sunete mai mult sau mai puțin articulate, lătrat).

Aceste ticuri pot fi izolate sau asociate, pot rămâne la fel sau se pot succede la același pacient. Apar cel mai adesea către vârsta de 6-7 ani și se instalează progresiv. Uneori, înainte de a surveni un tic, subiectul resimte o senzație de tensiune, iar ticul vine ca un fel de descărcare ce îl liniștește. Deseori ticul este acompaniat de un sentiment de rușine sau de vinovăție, sentimente ce pot fi întărite de atitudinea anturajului.

Trebuie deosebite ticurile de diverse alte mișcări anormale, care nu posedă nici aspectul de apariție bruscă și nici stereotipia acestora: mișcările coreice, gesturile magice din anumite tulburări obsesionale grave (frecarea picioarelor pe preș, atingerea preventivă a unui obiect...), stereotipia psihotică (marcată de finețea și bizareria gestului), diverse ritmii (ale membrelor, capului etc.) ce sunt mai puțin bruște.

Evoluția permite diferențierea:

– *ticuri tranzitorii*, pasagere, ce pot fi apropiate de diferite obiceiuri nevrotice. Acestea dispar spontan. De departe sunt cele mai frecvente;

– *ticurile cronice* constituie o afecțiune durabilă ce acompaniază o anumită organizare nevrotică.

6.1. — SEMNIFICAȚIA TICULUI

Nu este univocă. Face parte dintre conduitele deviante ce se instalează într-un stadiu particular al evoluției copilului, iar persistența sa poate folosi ca punct de ancorare pentru multiple conflicte ulterioare, datorită acestui fapt luând semnificații succesive, ajungând treptat până la pierderea semnificației(ilor) lor inițiale, pentru a deveni un fel de manieră de a fi profund ancorată în soma.

La început ticul poate fi o simplă conduită motorie reactivă la o situație de anxietate pasageră (în timpul unei boli, la separare...). El traduce totuși o înclinație, la anumiți copii, de a trece afectele, conflictele și tensiunile psihice în sfera motricității. De altfel, asocierea cu o instabilitate este frecventă. În fața acestei înclinații, se poate înțelege că ticul poate deveni o cale privilegiată de descărcare a tensiunilor.

Asocierea între ticuri și trăsăturile obsesionale este de asemenea frecventă.

Este vorba despre copiii care se controlează cu mare atenţie, care reprimă activ o agresivitate a cărei intensitate poate fi ori ereditară, ori rezultatul unor situaţii traumatizante reale; ticul ia adesea în astfel de situaţii o semnificaţie fie direct agresivă, într-o simbolizare grosieră, fie autopunitivă prin întoarcerea agresivităţii împotriva sa. Contactul cu acest tip de copil cu ticuri este adesea dificil, sau chiar distant. Rareori se întâmplă ca el să evoce spontan simptomul, ajungând uneori să-l nege. Aparent supus şi pasiv, această pasivitate maschează în realitate o opoziţie puternică. Nu este rar ca desenele sale să fie perfecţioniste şi riguroase, ticurile manifestându-se în accese ce întrerup acest grafism controlat.

În alte cazuri, ticul ia o semnificaţie mai directă de conversie isterică. Acest fapt se observă la copiii mai mari sau la adolescenţi, ticurile manifestându-se după accidente, intervenţii chirurgicale etc.

Indiferent care este semnificaţia psihodinamică a ticului pentru copil, reacţia anturajului, în special a părinţilor, la primele manifestări ale ticului poate fi determinantă pentru evoluţia sa. Observaţiile prea insistente, ironiile sau interdicţia vor spori anxietatea sau angoasa şi o vor lega direct de descărcările motorii. Acestea din urmă se vor lega direct de imaginile parentale, aducând cu sine şi încărcătura libidinală sau agresivă asociată. Se creează în acest mod o organizare nevrotică, în care ticul serveşte atât la întărirea conflictului, cât şi la descărcarea tensiunii pulsionale, permiţând evacuarea întoarcerii refulatului. Semnificaţia simbolică a ticului este în mod evident variabilă pentru fiecare copil, în funcţie de propriile linii de dezvoltare şi de propriile puncte conflictuale.

La un nivel mai arhaic, ticul poate surveni la copiii care prezintă grave tulburări de personalitate, evocând organizări psihotice. În această situaţie el poate lua semnificaţia unei descărcări directe într-un corp a cărui trăire fragmentată este atât de apropiată încât trebuie să fie permanent sub control şi tensiune.

6.2. — ATITUDINEA TERAPEUTICĂ

Majoritatea medicamentelor psihotrope nu au nici o sau au o acţiune foarte redusă asupra ticurilor, cu excepţia butirofenonelor a căror posologie eficace cunoaşte o mare marjă de variaţie de la un pacient la altul.

La nivelul familiei, este important ca anxietatea faţă de acest simptom şi reacţiile pe care le generează să fie înţelese, recunoscute şi atenuate, dacă dorim ca recomandările (să nu acorde mare atenţie ticurilor, să nu le reprime dar nici să nu le supravalorizeze) să fie urmate.

În ceea ce priveşte copilul, abordarea terapeutică depinde atât de tulburările psihopatologice asociate, cât şi de rolul pe care ticurile continuă să îl joace. Se poate propune:

– o terapie psihomotorie sau o relaxare, atunci când ticul are o semnificaţie esenţial reactivă şi se asociază cu un comportament motor de tipul instabilităţii sau neîndemânării;

– o psihoterapie atunci când simptomul este prins într-o organizare nevrotică sau psihotică ce îi conferă semnificaţia sa şi pe care ticul la rândul să o întăreşte;

– o terapie comportamentală de tip „imersiune“ sau „decondiţionare operantă“ (se cere pacientului să execute ticul în mod voluntar, în faţa oglinzii, timp de o jumătate de oră în fiecare zi sau la două zile), atunci când simptomul pare mai degrabă un obicei motor, care şi-a pierdut în mare parte semnificaţia iniţială.

Oricare ar fi tipul de terapie, un anumit număr de copii, deşi starea lor se ameliorează, îşi păstrează ticurile şi devin adulţi cu ticuri.

6.3. — BOALA GILLES DE LA TOURETTE

Individualizată sub această denumire în DSM-III, boala Gilles de la Tourette se caracterizează prin asocierea:

– de ticuri numeroase, recurente, repetitive, rapide, cel mai adesea la nivelul feţei şi al membrelor superioare;

– de multiple ticuri vocale sub formă de coprolalie („cuvinte urâte“), ecolalie (repetarea în ecou a ceea ce a spus interlocutorul), mormăieli, sforăit, lătrături...

Această afecţiune debutează adesea între 2 şi 15 ani, este durabilă (un an sau mai mult). Intensitatea ticurilor este variabilă, depinzând în parte de context: subiectul îşi poate suprima voluntar ticurile timp de câteva minute sau câteva ore.

Asociate acestor manifestări, anumiţi autori au descris o serie de anomalii neurologice „minore“ (hiper-reactivitate, semne neurologice discrete, anomalii non-specifice pe EEG).

De fapt, ansamblul acestui sindrom este destul de rar, ticurile motorii putând exista izolat, fără ticurile vocale, atunci vorbindu-se despre „boala ticurilor“ (Guinon); aceasta trebuie însă deosebită de „boala Gilles de la Tourette“ propriu-zisă.

În prezent au loc numeroase discuţii referitor la etiopatologie, actualizate de centenarul primei descrieri a bolii (1885). În mod clasic a fost considerată o formă nevrotică particulară intrând cel mai adesea în cadrul unei psihopatologii obsesionale, dar unii autori invocă o etiologie lezională (la nivelul neurotransmiţătorilor) datorită perturbărilor discrete observate şi a eficacităţii anumitor psihotrope (butirofenone, pimozide, clonazepam). Totuşi, rezultatele divergente obţinute prin studiile neurobiochimice nu permit „propunerea în prezent a unei explicaţii biochimice coerente pentru acest sindrom“ (Dugas). În opoziţie,

anumite psihoterapii, prin sensul descoperit şi înfăţişat de diverse ticuri şi de evoluţia uneori favorabilă consecutiv acestui fapt, ar pleda în favoarea unei origini nevrotice sau pre-nevrotice, de limită (Lebovici & col.).

7. — TRICOTILOMANIA - ONICOFAGIA

Tricotilomania desemnează nevoia mai mult sau mai puţin irezistibilă de a răsuci, mângâia, trage, sau chiar smulge părul. Pot să apară zone largi de peladă atunci când părul este smuls în smocuri. În unele cazuri, copilul îşi mănâncă părul, provocând un tricobezoar. Deşi nu există o semnificaţie univocă a acestui simptom, autorii insistă când asupra polului autoerotic (mângâiere, autostimulare a pielii capului), când asupra polului autoagresiv. De altfel, această conduită poate să apară în situaţii de frustrare sau de carenţă: separarea de părinţi, decesul unuia dintre aceştia, naşterea unui frate mai mic, plasament în instituţie... fiind numai una dintre conduitele deviante din cadrului unui tablou mai vast.

Mai frecventă însă este **onicofagia** având în vedere că, în funcţie de autor, se întâlneşte la 10 până la 30% dintre copii. Acest comportament persistă de altfel la numeroşi adulţi. Deşi nu se poate descrie un tip psihologic de copil onicofag, aceştia sunt adesea subiecţi anxioşi, vioi, activi şi autoritari. Nu sunt rare şi alte trăsături de comportamente deviante: instabilitate psihomotorie, enurezis.

Deşi copilul nu se jenează de asta atunci când e mic, cu vârsta, mai ales dacă este vorba despre o adolescentă, onicofagia poate fi acompaniată de un sentiment de jenă sau chiar de o veritabilă ruşine, fiind pus înainte prejudiciul estetic.

În plan teoretic, unii au reperat în această conduită o deplasare autoerotică ce asociază plăcerea suptului şi un echivalent masturbator destul de direct, cu o conotaţie autoagresivă şi punitivă, atât prin leziunile provocate, cât şi prin reacţia de dezaprobare din partea anturajului. Este posibil de altfel ca reacţia anxioasă, de interzicere sau agresivă din partea părinţilor în faţa primelor tentative de onicofagie a copilului lor să îi provoace acestuia o fixaţie la această conduită ce dobândeşte astfel o semnificaţie nevrotică.

BIBLIOGRAFIE

AJURIAGUERRA J. de, STAMBAK M.: L'évolution des syncinésies chez l'enfant. *Presse médicale*, 1955, 39, 817-819.

AJURIAGUERRA J. de, BONVALOT-SOUBIRAN G: Indications et techniques de rééducation psychomotrice en psychiatrie infantile. *Psychiat. enfant.*, 1959, 2 (2), 423-494.

AJURIAGUERRA J. de, HECAEN H., ANGELERGUES R.: Les apraxies. Variétés cliniques et latéralisation lésionnelle. *Rev. neurol.*, 1960, 1, 566-595.

AJURIAGUERRA J. de, AUZIAS M., COUMES I., DENNER A.

AUZIAS M.: Enfants gauchers, enfants droitiers. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1975.

AUZIAS M.: Les troubles de l'écriture chez l'enfant. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1981.

BERGES J., LEZINE I.: *Test d'imitation de gestes. Technique d'exploration du schéma corporel et des praxies chez l'enfant de 3 à 6 ans*. Masson et Cie, Paris, 1963.

COHEN D.J.: Le syndrome de Tourette. *Psychiat. de l'enf.*, 1992, 35, 2, 365-420.

LA VONDES-MONOD V., PERRON R., STAMBAK M.: *L'ecriture de l'enfant.* Delchaux et Niestlé, Neuchâtel, 1964.

DALERY J., MAILLET J., VILLARD R. de: Les tics de l'enfant. *Neuropsychiat de l'enf.,* 1980, 29 (12), 581-585.

DUGAS M.: Le syndrome de Gilles de la Tourette. Etat actuel de la maladie des tics. *Presse Med.*, 1985, 14, 589-593.

DUPRÉ E.: *Pathologie de l'émotivité et de l'imagination*. Payot, Paris, 1925.

DUPRÉ E., MERKLEN P.: La débilité motrice dans ses rapports avec la débilité mentale. *Rapport au 19-ème Congrès des Aliénistes et Neurologistes français*. Nantes, 1909.

FLAVIGNY Ch: Psychodynamique de l'instabilité infantile. *Psy enf.*, 1988, 31, 2, 455-473.

GALIFRET-GRANJON N.: Les praxies chez l'enfant, d'après Piaget. *Psychiat enfant.*, 1961, 4 (2), 580–591.

ISPANOVIC-RADOJKOVIC V., MELJAC C., BERGES J.: Dyspraxiques, figuratif et sémiotique. *Neuropsychiat. enf.*, 1982, 30, 12, 657-670.

KOUPERNIK C., DAILLY R.: *Développement neuropsychique du nourrisson.* PUF, Paris, 1968.

LEBOVICI S., MORON P., CHILAND C., SAUVAGE D.: Les tics chez l'enfant (série d'articles). *Neuropsychiat. enf.*, 1983, 31, 4, 169-177.

LEBOVICI S., RABAIN J.F., NATHAN T., THOMAS R., DUBOZ M.M.: A propos de la maladie de Gilles de la Tourette, *Psy. Enf.*, 1986, 29, 1, 5-59.

LECKMAN J.F., PETERSON B.S., ANDERSON G.M., ARNSTEN A.F., PAULS D.L., COHEN D.J.: Pathogenesis of Tourette's Syndrome, *J. Child Psychol. Psychiat.*, 1997, 38, 1, 119-142.

STAMBAK M., L'HERITEAU D., AUZIAS M., BERGES J., AJURIAGUERRA J. de: Les dyspraxies chez l'enfant. *Psychiat. enf.*, 1964, 7, 381-496.

STAMBAK M., PECHEUX M.G., HARRISON A., BERGES J.: Méthodes d'approche pour l'etude de la motricité chez l'enfant. *Rev. Neuropsychiat. infant.*, 1967, 15, 155-167.

TOURETTE G. de la: Etude sur une affection nerveuse caractérisée par l'incoordination motrice accompagnée d'écholalie et de coprolalie. *Arch. Neurol.*, 1885, 9, 158-200.

TZAVARAS A: Droitiers et gauchers. *EMC Neurologie*, Paris, 1978, 17022 C10.

WALLON H.: *L'enfant turbulent.* Alcan, Paris, 1925.

WALLON H.: L'habileté manuelle. *Enfance*, 1963, 16, 111-120.

6 PSIHOPATOLOGIA LIMBAJULUI

1. — GENERALITĂŢI

Capitol esenţial al psihopatologiei copilului, tulburările de limbaj sunt importante atât pentru semnificaţia lor, cât şi pentru frecvenţa lor ca motiv de consultaţie. Cel mai adesea, familia consultă pedopsihiatrul între 4 şi 8 ani, marcând astfel mai întâi perioada de achiziţie a limbajului vorbit, iar apoi perioada de achiziţie a citirii şi a scrierii.

Poate să apară o influenţă asupra ansamblului interacţiunilor pe care copilul le are cu mediul său (familie, şcoală, camarazi) dacă tulburările sunt importante şi să conducă la diverse dificultăţi psihoafective. Devine atunci foarte dificil de delimitat tulburările reactive secundare de dificultăţile iniţiale.

Studiul tulburărilor limbajului presupune o bună cunoaştere a dezvoltării normale a limbajului, atât în dimensiunea sa neurofiziologică (organe fonatorii, integritate cerebrală, auz normal), cât şi în dimensiunea sa psihoafectivă. Nu vom studia aici tulburările de limbaj care se întâlnesc în surditate sau encefalopatia gravă, ci vom trimite cititorul la aceste titluri. Totuşi trebuie întotdeauna căutat un eventual deficit auditiv întrucât, chiar minim fiind (între 20 şi 40 decibeli), atunci când se situează în zona de conversaţie poate altera profund capacităţile de discriminare fonetică a limbajului uman, şi să antreneze în acest mod o serie de perturbări.

Este în special cazul deficitelor auditive moderate, care se caracterizează în anumite cazuri prin existenţa unei curbe în U la audiogramă: cu alte cuvinte, este un deficit al frecvenţelor medii. Astfel de deficite trebuie întotdeauna căutate şi eventual corectate în cazul celui mai mic dubiu. (Explorarea auditivă este tratată în cap. 3, 2.2.)

1.1. — LIMBAJUL NORMAL LA COPIL

La copilul normal, achiziția limbajului se dezvoltă conform unui plan a cărui regularitate frapează. Ontogeneza limbajului pare să se facă în jurul a trei etape esențiale, ale căror limite intermediare sunt relativ arbitrare, dar succesiunea lor este regulată. Astfel se disting:

– prelimbajul (până la 12-13 luni, uneori chiar 18 luni);
– limbajul mic (de la 10 luni la 2½ – 3 ani);
– limbajul (începând de la 3 ani).

Prelimbajul

Începând cu țipetele bebelușului, care la început nu au alte semnificații decât de a exprima un disconfort fiziologic, treptat se constituie preformele unei comunicări între copil și anturajul său; practic, în funcție de răspunsurile pe care le dă mama, țipetele exprimă foarte curând o gamă de senzații (mânie, nerăbdare, durere, satisfacție și chiar plăcere). Anumiți autori (Vîgotsky, Brunner) consideră că există un raport strâns între anumite aspecte ale motricității, emisia artrofonematică și preformele limbajului, de unde și conceptul de „acte de limbaj".

Începând din prima lună, pe măsură ce bebelușul dobândește o coordonare mai bună a respirației, apare **gânguritul** sau **lalațiunile**: gânguritul bebelușului este alcătuit la început din sunete nespecifice ca răspuns la stimul nespecifici. Gânguritul se îmbogățește rapid în plan calitativ astfel încât copilul pare capabil să producă, în manieră pur aleatoare, toate sunetele imaginabile. Rolul acestei activități pentru formarea coordonărilor neuromotorii de articulare este în mod cert esențial.

Începând de la 6-8 luni, apare perioada de „**ecolalie**": se instituie un fel de „dialog" între bebeluș și mama sau tatăl său: acesta răspunde la cuvintele adultului printr-un fel de melopee relativ omogenă, continuă. Treptat, bogăția emisiilor sonore inițiale se reduce pentru a lăsa locul câtorva emisii vocalice și consonantice fundamentale. În același timp, adultul pare să își ajusteze discursul la capacitatea de recepție a copilului: construiește propoziții simple, folosește sunete vocale înalte acolo unde urechea copilului discriminează mai bine.

Uneori acest gângurit regresează treptat pentru a lăsa locul unei perioade de tăcere, alteori, dimpotrivă, gânguritului îi urmează direct micul limbaj.

Micul limbaj

Primele cuvinte apar adesea în situație de ecolalie, în același timp cu primele suite dotate cu sens care se diferențiază prin trăsături de opoziție cu un randament redus datorită numărului lor limitat, dar ușor de exploatat: tata, mama, iar, ia, dă...

La 12 luni, un copil poate să fi dobândit 5-10 cuvinte; la 2 ani, vocabularul poate să atingă 200 de cuvinte, cu ample variații în vârsta de achiziție și rapiditate. Dar ordinul achizițiilor rămâne sensibil același. Un fapt rămâne constant: înțelegerea pasivă precede întotdeauna expresia activă.

În perioada „cuvântului-frază", copilul utilizează un cuvânt a cărui semnificație depinde de contextul gestual, mimic sau situațional, semnificație care de altfel este în mare parte aceea pe care i-o dă adultul. Astfel, „tutu" poate însemna „văd o mașină", „aud o mașină", „tata este cu mașina" etc. Limbajul acompaniază întotdeauna acțiunea, o întărește, dar încă nu i se substituie.

Către 18 luni apar primele „propoziții", adică primele combinații de 2 cuvinte-frază: „tata-pa", „nani-bebe" etc. Sistemul fonologic rămâne în continuare foarte limitat. În aceeași perioadă apare negația: în franceză este fie „nu", fie particula negativă „ba": „nu nani", „nu papa"..., introducând copilul în primele utilizări conceptuale și primele opoziții semantice (v. Spitz: Al treilea organizator).

Treptat, utilizarea cuvântului devine din ce în ce mai independentă de enunțurile stereotipe, organizarea lingvistică se structurează o dată cu apariția succesivă a enunțurilor afirmative, de constatare, de ordonare, de negare, de interogare... Cu toate acestea, „limbajul de bebe" persistă câteva luni, marcat de simplificările de articulare, fonematice și sintactice. „Limbajul de bebe" este identic structural cu ceea çe este numit „retard de vorbire" când persistă dincolo de 3-4 ani.

În mod evident, rolul familiei în această perioadă este unul considerabil grație „băii de cuvinte" în care este scăldat copilul. În absența stimulării lingvistice, apare în mod constant o sărăcire sau un retard în achiziția bagajului verbal (v. Familiile-problemă, cap. 22, 1. și cazul bilingvismului, cap. 24, 1.).

Limbajul

Este perioada cea mai îndelungată și mai complexă de achiziție a limbajului, fiind marcată de o îmbogățire atât cantitativă (între 3½ și 5 ani un copil poate ajunge să utilizeze până la 1500 de cuvinte, fără însă a le cunoaște întotdeauna foarte bine sensul), cât și calitativă. *„Accesul la limbajul propriu-zis este caracterizat de abandonul progresiv al structurilor elementare ale limbajului infantil și al vocabularului care îi este specific, cărora li se substituie construcții din ce în ce mai conforme limbajului adultului"* (C. P. Bouton). În același timp, limbajul devine treptat un mijloc de cunoaștere, un substitut al experienței directe. Redundanța cu acțiunea și/sau gestul dispar progresiv.

Către vârsta de 3 ani, introducerea lui *„eu"* poate fi considerată ca o primă

etapă de accedere la limbaj, după o perioadă în care copilul se desemnează prin „mie“[12] şi o lungă perioadă de tranziţie în care spune „mie, eu...“.

Îmbogăţirea cantitativă şi calitativă pare să aibă loc pornind de la două tipuri de activitate verbală (Bouton):

– o activitate verbală „liberă“, în care copilul continuă să utilizeze o „gramatică“ autonomă, stabilită pornind de la micul limbaj;

– o activitate verbală „mimetică“, în care copilul repetă în manieră personală modelul adultului, dobândind progresiv cuvinte şi construcţii noi care sunt apoi reinvestite în activitatea sa verbală „liberă“.

Acest fapt ilustrează bine interacţiunea constantă dintre achiziţiile verbale ale copilului şi stimulările din partea anturajului.

Între 4 şi 5 ani, organizarea sintactică a limbajului devine din ce în ce mai complexă, astfel încât copilul poate să se lipsească de orice suport concret pentru a comunica. Ajunge la utilizarea subordonărilor (care, pentru că), a condiţionalului, a alternanţelor etc. Trece astfel de la limbajul implicit (când înţelegerea mesajului verbal necesită informaţii extralingvistice suplimentare) la limbajul explicit care este suficient ca atare.

1.2. — LIMBAJUL ÎN INTERACŢIUNE

Descrierea de mai sus nu trebuie să ne facă să uităm că „a vorbi“ este înainte de toate a comunica, atât cu altul cât şi cu sine; „a vorbi“ se înscrie într-o relaţie formată din schimburi informative şi afective.

Desigur, achiziţia limbajului introduce copilul în sistemul simbolic cel mai deplin, dar acest fapt este precedat de o serie de precursori incluşi în interacţiunea şi schimburile afective dintre copil şi partenerii săi obişnuiţi (părinţii, dar şi fraţii şi alţi copii de vârsta lui...). Bruner a descris o serie de abilităţi, precursori ai achiziţiei limbajului: procesul de desemnare (procedee gestuale, posturale, vocale al căror scop este acela de a atrage atenţia unui partener asupra unui obiect), de *deixis* (utilizarea unor caracteristici spaţiale, temporale şi interpersonale ale situaţiei ca mijloc de coreferinţă), de denumire (utilizarea elementelor lexicale pentru a desemna evenimentele extralingvistice din universul cunoscut copilului şi adultului apropiat). Pentru dezvoltarea acestor precursori este necesară stabilirea „atenţiei selective conjugate“ între bebeluş şi partenerul său. Gestul de a arăta cu degetul reprezintă o conduită paradigmatică în acest sens, prin schimbul de

[12] În text este utilizat termenul „moi“, care se traduce în limba română la fel ca şi „je“ – „eu“. (n. t.)

priviri dintre mamă şi bebeluş către degetul ce indică şi obiectul desemnat (v. cap. 1, 2.2.).

Pe de altă parte, numeroşi psihanalişti au descris o serie de sisteme „presimbolice“, fie că este vorba de „funcţia α“ a lui Bion, de „pictogramele“ descrise de P. Aulagnier, de „semnificanţii enigmatici“ ai lui J. Laplanche etc. Precursori ai funcţiei simbolice, aceşti semnificanţi organizează preformele de opoziţie dialectică principale, pornind de la care va izvorî treptat sensul.

Oricum s-ar produce apariţia limbajului, deşi acesta nu apare „ex nihilo“, acesta realizează o profundă mutaţie (Diatkine) în funcţionarea psihică şi în competenţa relaţională. Limbajul face posibilă în special trecerea de la indicare la evocare sau, în alţi termeni, trecerea de la gestionarea distanţei la tolerarea absenţei: comunicarea mimică, gestuală rămâne înscrisă în registrul desemnării şi indicării, în vreme ce utilizarea limbajului permite evocarea a ceea ce este absent. Mai întâi M. Klein, apoi H. Segal aveau să insiste asupra faptului că dezvoltarea funcţiei simbolice implica o pierdere prealabilă şi o tolerare a acestei pierderi. Nu este posibilă dezvoltarea limbajului fără experienţa prealabilă a absenţei şi/sau a pierderii: câştigul obţinut de copil constă în descoperirea multiplelor jocuri simbolice şi în posibilitatea de a organiza scenarii imaginare (*cf.* prietenul imaginar sau romanul familial) oferind copilului un grad de independenţă inedită: pierderea suferită este aceea a adecvării absolute între obiect şi reprezentantul său, însoţită de necesitatea de a accepta distanţa dintre cuvânt şi lucru, a cărui urmă lingvistică o constituie ambiguitatea inerentă a limbajului.

2. — TULBURĂRILE DE DEZVOLTARE A LIMBAJULUI

2.1. — TULBURĂRILE DE ARTICULARE

Se caracterizează prin existenţa izolată a unor deformări fonetice, cel mai adesea a unor consoane şi mai rar a unor vocale. În mod obişnuit, la un anumit copil acelaşi fonem este deformat de fiecare dată. Se disting:

– pelticia (sau vorbirea peltică sau sigmatismul interdental): extremitatea limbii rămâne prea aproape de incisivi sau între dinţi;

– sâsâitul (sau sigmatismul lateral) caracterizat de o scurgere a aerului uni– sau bilateral. Această tulburare de articulare pare să se asocieze unei malformaţii a voltei palatine de tip ogival, fără ca această asociere să fie obligatorie.

Tulburările de articulare sunt frecvente şi banale până la 5 ani. Dacă persistă după această vârstă, se impune o reeducare. Semnificaţia lor psihoafectivă este uneori uşor de surprins, atunci când se integrează într-un context de opoziţie sau agresiv (naşterea unui frate mai mic), mergând chiar până la un „limbaj de bebe", şi necesitând în acest caz o abordare psihoterapeutică. Deseori sunt izolate, fără o influenţă notabilă asupra altor linii de dezvoltare.

2.2. — RETARDUL ÎN VORBIRE

Este vorba despre o integrare defectuoasă a diverselor foneme ce alcătuiesc un cuvânt, numărul lor, calitatea, sau succesiunea lor putând fi modificată. Lipsite de semnificaţie până la vârsta de 5 ani, persistenţa lor dincolo de această vârstă constituie semnul unei perturbări a integrării şi deprinderii vorbirii, şi necesită o abordare terapeutică. Teoretic, retardul în vorbire nu este acompaniat de o anomalie sintactică, dar în realitate acestea se asociază frecvent retardului în limbaj.

Când sunt analizate anomaliile pot descrie:

- confuziile fonematice între consoanele constrictive (j → ş, z → s) sau ocluzive (d → t, g → c), sau inversiunea acestora din urmă (f → p, z → d) sau a vocalelor (ă → a, î → e, ua → a);
- omiterea finalelor (pur → pu);
- simplificarea fonemelor complexe;
- deplasarea anumitor foneme (lavabo → valabo);
- asimilările.

Spre deosebire de tulburările de articulare, pe de-o parte, erorile nu sunt constante, iar, pe de altă parte, fiecare fonem poate fi corect pronunţat izolat.

În faţa acestor tulburări de elocuţiune, reacţia familiei este importantă, fie corectând permanent copilul, şi împiedicând astfel orice spontaneitate în vorbire, fie în mod invers, ignorând total tulburarea şi lăsând copilul fără un posibil reper.

2.3. — RETARDUL SIMPLU DE LIMBAJ

Retardul simplu de limbaj este caracterizat de existenţa unor tulburări de limbaj la un copil care nu prezintă nici întârziere intelectuală, nici surditate profundă, nici o organizare psihotică.

Construcţia frazei şi organizarea sa sintactică sunt perturbate. În plan clinic, elementul esenţial este retardul în apariţia primei propoziţii (după 3 ani), urmat de un „limbaj de bebe" prelungit. Anomaliile constatate sunt foarte variabile: tulburări de ordonare a cuvintelor din propoziţie, greşeli de construcţie gramaticală (agramatism), folosirea verbului la infinitiv, utilizarea incorectă a pronumelui personal. Se observă de asemenea omiterea de cuvinte, false legături, barbarisme etc. (atina tata pecat → tata a plecat cu maşina). Înţelegerea este în principiu bună dar evaluarea sa la copilul mic poate fi dificilă uneori. Atunci când tulburările de înţelegere sunt manifeste, prognosticul este mai rezervat.

Evoluţia poate fi în mod spontan favorabilă, dar este rar ca un retard de limbaj ce se menţine dincolo de vârsta de 5 ani să dispară complet în pofida unei îmbogăţiri progresive. Începând de la 4 ani, în caz de retard sever, se impune reeducarea. Prognosticul este mai rezervat în cazul asocierii unei tulburări de înţelegere. Un balbism sau o dislexie-disortografie pot urma retardului de limbaj.

Nivelul intelectual evaluat prin teste de performanţă, în care limbajul nu intervine, nu prezintă caracteristici diferite de populaţia martor. Totuşi, atunci când retardul de limbaj este important, realizând în situaţie extremă tabloul unei disfazii, s-au putut descrie o serie de dificultăţi intelectuale: tulburări de orientare în spaţiu şi timp, cu o organizare deficitară a schemei corporale, necesitatea unor aporturi extraverbale pentru o comprehensiune satisfăcătoare, inteligenţa bazându-se pe o reprezentare concretă a problemelor.

Personalitatea copiilor depinde de gradul de profunzime al tulburării, de interacţiunile familiale şi cu mediul. În afara copiilor a căror personalitate pare normală, s-au mai descris „disfazicii prolicşi puţin controlaţi", expansivi, şi „disfazicii economi", şi în fine copiii ale căror tulburări de personalitate pot fi mai severe, de tip prepsihotic.

La nivel etiologic, accentul este pus, în funcţie de autor, fie pe *imaturitatea cerebrală* (spre exemplu antecedent de prematuritate), fie pe *carenţa cantitativă sau/şi calitativă* de stimulare a limbajului datorită unui mediu socio-economic defavorabil, fie pe *echilibrul psihoafectiv* şi absenţa de „apetit" lingvistic (Pichon). Calitatea relaţiilor afective familiale joacă deci un rol important (carenţa afectivă, absenţa interacţiunilor verbale mamă–copil, fie pentru că mama vorbeşte puţin, fie pentru că este depresivă etc.). În clinică, deseori aceşti factori diverşi coexistă.

În toate cazurile, perioada de la 3 la 5 ani reprezintă un prag critic, cu riscul de fixare a tulburărilor. Este motivul pentru care este important ca un ajutor terapeutic să fie instituit foarte rapid. Cel mai adesea este necesară o reeducare ortofonică, uneori de o reeducare psihomotorie îndreptată în special asupra componentelor spaţio-temporale (ritm, melodie...) şi a schemei corporale. În anumite cazuri o psihoterapie în conjuncţie mamă–copil se dovedeşte necesară,

atunci când relațiile par să se organizeze în manieră patologică, iar tulburările psihoafective primare sau secundare sunt importante.

3. — DISFAZIILE GRAVE

Sub termenul de „disfazie" (Ajuriaguerra) se grupează un mare număr de dificultăți mergând de la retardul simplu de limbaj până la perturbările majore învecinate cu absența totală a limbajului. În capitolul precedent am descris tulburările de dezvoltare, iar în acesta abordăm separat „disfaziile grave". Sub acest termen vom descrie perturbările severe de limbaj în care se asociază nu numai tulburările de expresie, ci și acelea de comprehensiune (desigur, de o importanță variabilă), tulburări ce persistă dincolo de vârsta de 6 ani.

Dacă 3 până la 8% dintre copiii de 3 ani (2/3 băieți, 1/3 fete) prezintă tulburări de limbaj, 1-2% dintre copiii cu vârsta mai mare de 6 ani prezintă o tulburare specifică a limbajului oral (Rutter).

3.1. — DESCRIERE CLINICĂ

Analiza limbajului (nivel de comprehensiune, capacitate fonologică, bogăția vocabularului, calitatea sintaxei) nu permite întotdeauna discriminarea retardului simplu de limbaj, care dispare progresiv către vârsta de 5-6 ani, de o disfazie gravă ce va persista de-a lungul unei mari părți din copilărie. După 6 ani, perturbările pot să meargă de la cvasi-absența limbajului până la tulburări ce asociază:

– o tulburare a capacității de repetare, mai accentuată în cazul repetării frazelor lungi, negative sau interogative;

– perturbări fonologice importante, alcătuite din erori, omisiuni, simplificări, substituiri, duplicări. Există frecvent o instabilitate fonologică în cursul repetării;

– o reducere a volumului vocabularului;

– un retard morfologic și sintactic global, mai profund pentru anumite aspecte cum sunt funcția temporală a formelor verbale sau marcatorii adverbiali, o stăpânire deficitară a regulilor gramaticale atunci când sunt complexe și există probleme de omonimie.

Încă de la primele cercetări, Ajuriaguerra & col. au delimitat două tipuri de comportament verbal: „economii măsurați", ale căror enunțuri sunt rare, scurte, sintactic insuficiente sau chiar agramate și de tip descriptiv sau enumerativ; „prolicșii puțin controlați", al căror discurs abundent este puțin coerent, frazele uneori lungi sunt haotice, fără respect pentru ordinea obișnuită.

În mod clasic disfazia este izolată. Nu se asociază cu retardul mintal, cu tulburări majore de comportament și de comunicare non-verbală, nu apare deficit senzorial (în special auditiv), nu sunt atingeri motorii. Totuși deseori se întâlnesc semne asociate (*cf. infra*).

Studiul nivelului intelectual pune în evidență absența unui retard la testele non-verbale, la WISC apare o diferență importantă între sub-testele de performanță și sub-testele verbale (>20 puncte).

Comportamentul. — Nu există tulburări majore de comportament sau simptome patente de psihoză precoce (în special de tip autist). Contactul este adesea facil cu copilul disfazic, comunicarea prin gesturi sau intonațiile vocii este posibilă, fiind foarte diferită de contactul cu copilul psihotic. În schimb se constată adesea dificultăți afective asociate: emotivitate, instabilitate afectivă, impulsivitate, frecvente accese de furie, reacții de prestanță sau, dimpotrivă, de retragere și aparent de rușine. În mod evident este dificilă (și iluzorie) încercarea de a delimita între cauză și consecințe în cazul acestor dificultăți. Relațiile cu copiii de aceeași vârstă par uneori satisfăcătoare, cu o participare normală la jocuri, în special la copiii mici. Alteori există dificultăți semnificative în relaționarea cu copiii de aceeași vârstă, o dificultate în a găsi un loc în jocurile colective, în înțelegerea și respectarea regulilor.

Studiul tonico-motor poate releva semne de dispraxie (*cf.infra*), în special o dispraxie buco-linguo-facială în formele cele mai severe (audio-mutități). Existența frecventă a perturbărilor în organizarea temporo-spațială și dificultatea de a reproduce structuri ritmice au sprijinit o serie de ipoteze etiologice care nu au fost întotdeauna verificate.

3.2. — EXPLORĂRILE COMPLEMENTARE ȘI CERCETĂRILE ETIOLOGICE ORGANICE

Auzul a fost în mod special studiat. Mai mulți autori au raportat anomalii: deficit parțial, adesea unilateral fără să fie afectată zona de conversație. Percepția ritmică pare uneori deficientă, copiii disfazici prezentând dificultăți în procesarea schimbărilor rapide a sunetelor complexe.

Explorările radiologice (RMN) pun în evidență, în 4-5% din cazuri, anomalii cel mai adesea minore și nespecifice. În cazurile rare în care există anomalii

neuroradiologice mai importante, este în general imposibil de stabilit o corelaţie anatomo-clinică riguroasă şi regulată. În plus, semiologia tulburărilor observate la aceşti copii nu se distinge de aceea observată la copiii ce au o tulburare severă de dezvoltare a limbajului în absenţa unei leziuni cerebrale macroscopice (M. Dugas).

Electroencefalograma prezintă uneori anomalii de tip paroxistic în special pe traseul EEG din timpul somnului (C. Billard: 30% din cazuri). **Sindromul Landau-Klefner** (agnozie auditivă) asociază o disfazie gravă (neatenţie auditivă şi incomprehensiune verbală, în timp ce discriminarea sunetelor pure rămâne normală), cu limbaj expresiv foarte redus şi manifestări epileptice sub formă de crize generalizate sau hemicorporale. Există o concomitenţă între manifestările epileptice şi tulburările de limbaj. Sindromul apare între 3 şi 5 ani şi evoluează prin puseuri regresive.

Studiul genetic arată existenţa de cazuri familiale şi de frecvente antecedente familiale de tulburări de limbaj (Tallal). Uneori pare să existe un „profil familial", fără ca vreun anumit tip de transmitere să poată fi incriminat.

3.3. — IPOTEZE PSIHOPATOLOGICE ŞI EVOLUŢIE

Între „calitatea" funcţionării psihice şi posibilităţile expresive şi de comunicare atât de bogate oferite de limbaj, există în mod necesar o influenţă mutuală. Comunicarea prin limbaj rămâne mijlocul esenţial de înţelegere a acestei funcţionări mentale, chiar dacă putem utiliza tehnici periferice cum sunt jocul, desenul, plastilina etc., pentru a sprijini această comunicare, aşa cum facem cu copilul mic.

În plus, trebuie ţinut cont de două categorii de factori (Diatkine): prima se referă la ceea ce s-a petrecut în momentul în care limbajul trebuia să apară şi motivele acestei neapariţii; a doua categorie urmăreşte ceea ce s-a reorganizat (la copil, dar şi la anturajul său) pentru că această apariţie a limbajului şi mutaţia pe care o provoacă nu s-au realizat.

Limbajul întăreşte şi fixează funcţia simbolică, crescând capacitatea de comunicare, permite trecerea de la indicativ la evocativ, deci de a gândi absenţa etc.

A contrario, absenţa limbajului (sau a unei comunicări echivalente: limbajul semnelor la copilul surd) riscă să menţină o funcţionare psihică de tip arhaic (v. cap. 16, 9.1.: nucleul structural psihotic). Acest fapt se poate constata la anumiţi copii disfazici a căror funcţionare psihică pare apropiată de funcţionarea psihotică (ce trebuie distinsă de simptomele psihozelor infantile precoce).

Totuşi, nu întotdeauna se întâmplă aşa: anumiţi copii disfazici nu par să utilizeze în mod prevalent procese de identificare adezivă sau proiectivă (v. cap. 16, 9.1.), proiecţii paranoide etc. Dimpotrivă, se constată existenţa unor mecanisme mai suple, dovedind o bună diferenţiere între sine şi altul, o bună percepţie a alterităţii şi a reciprocităţii; de la început aceşti copii par să utilizeze în acest scop cele câteva manifestări de limbaj pe care le pot împărtăşi cu terapeutul (M. Van Waeyenberghe). Acestea din urmă par deci foarte îndepărtate de ceea ce se observă în cazul unei „funcţionări psihotice".

Este necesară deci o mare prudenţă în analiza psihopatologică. Trebuie să ne abţinem în special de la interpretări pripite asupra comportamentului parental, interpretări ce pot veni apoi ca explicaţii *a posteriori* referitoare la tipul de funcţionare psihică a copilului. De fapt, părinţii adoptă adesea faţă de copilul disfazic o atitudine cu alură „operatorie", ascultându-l în mod rezervat, cerându-i să repete de mai multe ori... fapt ce blochează şi face artificială comunicarea. Acest aspect este în general reactiv şi dovedeşte suferinţa lor în faţa dificultăţilor copilului lor, cedând o dată cu ameliorarea disfaziei.

Evoluţia este foarte dificil de prevăzut. La copilul mic nu este uşor de făcut distincţia între retardul simplu de limbaj, care va dispare spontan, de o disfazie ce va persista (şi se va agrava) în absenţa unui tratament. Este deci necesar să se propună un tratament precoce (*cf.* mai sus: retardul simplu în limbaj). Cu tratament, disfazia se ameliorează dar adesea anumite semne (spre exemplu dificultăţile la proba de viteză în repetarea silabelor) persistă în mod durabil.

Cursul şcolar, atunci când disfazia se ameliorează înainte de 8 ani, poate fi normal. Totuşi dificultatea de a urma şcolarizarea standard este frecventă şi prezintă dublul risc de excludere şi confuzie: confuzia cu debilitatea şi cu psihoza. O pedagogie adaptată este necesară în acest caz, în paralel cu ajutorul terapeutic.

3.4. — ABORDAREA TERAPEUTICĂ

Toţi autorii sunt de acord în recunoaşterea importanţei unei terapii ortofonice regulate, intensive (trei sau mai multe şedinţe pe săptămână) şi pe termen lung. Este vorba despre o terapie ortofonică ce îşi propune să utilizeze cuvântul ca mod de comunicare, dar nu se înscrie neapărat în schema clasică a unei „reeducări", cel puţin la început. Capacitatea de joc, de a inventa şi de a împărtăşi dintre terapeutul ortofonist şi copil apropie acest tratament de o psihoterapie, dar partea fonologică mai întâi, apoi morfologică şi sintactică, o diferenţiază.

Acest tratament ortofonic poate fi precedat, acompaniat sau urmat de acţiuni terapeutice diversificate (psihomotricitate, grup ritmic) şi/sau de o psihoterapie

propriu-zisă. În caz de dificultăţi şcolare majore, un tratament instituţional (de tip spital de zi) se poate dovedi necesar.

4. — DISLEXIA-DISORTOGRAFIA

Dislexia se caracterizează printr-o dificultate de a achiziţiona lectura la vârsta obişnuită în absenţa oricărei debilităţi sau deficienţe senzoriale. La această dislexie se asociază dificultăţi de ortografie, de unde şi denumirea de dislexie-disortografie.

În funcţie de autor, între 5 şi 15% dintre copii întâmpină astfel de dificultăţi. Şcolaritatea obligatorie şi accederea în cvasi-totalitate a populaţiei la limbajul scris a pus în evidenţă această tulburare, ale cărei prime descrieri datează încă de la sfârşitul secolului XIX. Tehnica de învăţare a citirii a fost adesea incriminată referitor la originea dislexiei, dar vom vedea în continuare că, deşi şcoala intervine, tulburările nu sunt complet reductibile la erorile pedagogice.

Nu se poate vorbi de dislexie înainte de 7–7½ ani, întrucât înainte de această vârstă erorile de acest gen sunt banale prin frecvenţa lor.

4.1. — DESCRIERE

Dislexia. — Se observă confundarea unor grafeme a căror corespondenţă fonetică este apropiată (a – ă, s – z, j – ş) sau a căror formă este asemănătoare (p – q, b – d), inversiuni (or – ro, cri – cir), omisiuni (bar – ba, arbore – arbre), adiţii sau substituţii. La nivelul frazei se observă o dificultate în a remarca decupajul şi ritmul. Înţelegerea textului citit este adesea superioară faţă de ceea ce ar lăsa de crezut descifrarea, dar se întâmplă totuşi destul de rar ca totalitatea informaţiei scrise să fie înţeleasă. Decalajul creşte o dată cu vârsta, exigenţele şcolare şi capacităţile de lectură, deşi centrate iniţial în jurul lecturii, devin rapid globale în absenţa tratamentului.

Aceste dificultăţi sunt bine puse în evidenţă cu ajutorul bateriei de teste elaborată de doamna Borel-Maisonny. Pentru a dispune de o posibilitate de etalonare şi comparaţie, s-a pus la punct un test de leximetrie (testul ciocârliei) care permite să se atribuie fiecărui copil un „coeficient lexical", reprezentat de raportul dintre vârsta lexicală şi vârsta cronologică, fără însă a permite deducerea unor concluzii patogenice.

Disortografia. — Greşelile constatate, care şi ele sunt banale la începutul învăţării, sunt asemănătoare cu cele care se observă la lectură: confundare, inversare, omisiune, dificultăţi în transcrierea omofonelor (omonime, nu omografe: aduce – a duce, ba e – baie), confuzia de gen, de număr, erori sintactice grosiere (neam – ne-am).

4.2. — FACTORI ASOCIAŢI

Există anumite asocieri cu dislexia care datorită frecvenţei lor merită să fie prezentate, fără a putea face însă din asta originea etiologică unică a tulburării.

Retardul de limbaj. — Este un antecedent frecvent. Unii chiar consideră că acesta rămâne constant dar nemanifest, fiind relevat de fapt prin dificultăţile suplimentare inerente lecturii. Este importantă totuşi analiza mai fină a antecedentelor tulburării de limbaj. Studiile catamnestice asupra copiilor cu un retard în limbaj invită astfel la diferenţierea celor care au în plus şi dificultăţi de comprehensiune: la care dislexia-disortografia apare ulterior în mod cavsi-constant, de cei care nu prezintă tulburări de comprehensiune: la care dislexia-disortografia apare mult mai rar.

Tulburările de lateralizare. — Stângăcia şi mai ales lateralizarea defectuoasă, atât vizuală cât şi auditivă, au fost frecvent invocate la originea dislexiei (Horton). Studiile statistice prin comparare a ansamblului populaţiei de stângaci sunt dificil de efectuat şi dau rezultate variabile. Frecvenţa stângacilor şi a copiilor deficitar lateralizaţi ar cuprinde între 30 şi 50% dintre copiii dislexici.

„Stângăcia contrariată" a fost făcută responsabilă pentru aceste tulburări, în special în epoca în care se impunea în mod viguros copilului o alegere. Într-un astfel de context, probabil climatul afectiv de constrângere a fost un factor favorizant ce nu poate fi neglijat. În prezent, respectarea lateralizării spontane a copilului este mai mare şi, în aceste condiţii, stângacii nu mai suportă presiunile normative de altădată. La copilul defectuos lateralizat, favorizarea într-un climat afectiv non-represiv a utilizării mâinii drepte nu constituie originea dificultăţilor suplimentare. De altfel, există copii defectuos lateralizaţi care nu prezintă tulburarea de tip dislexic.

Tulburările de organizare spaţio-temporală. — Confuziile între literele cu forme identice dar inversate în spaţiu (p – q, b – d) şi dificultăţile în surprinderea ritmului spontan al frazei au stat la originea unei ipoteze a perturbării organizării spaţiului şi timpului la copiii dislexici. Astfel s-a descris incapacitatea lor de a reproduce structuri ritmice percepute auditiv precum şi erorile lor foarte frecvente în orientarea stânga-dreapta.

4.3. — FACTORI ETIOLOGICI

În afara asocierilor pe care le-am descris, numeroşi factori sunt invocaţi la originea acestei tulburări ce se situează la intersecţia maturizării individuale şi sociale a copilului. Cortexul cerebral, patrimoniul genetic, echilibrul afectiv, erorile pedagogice, au fost rând pe rând considerate responsabile.

Factorii genetici. — Sunt invocaţi în recunoaşterea dislexiei atât prin frecvenţa predominantă la băieţi în raport cu fetele, prin existenţa cazurilor familiale (ascendenţi sau colaterale), cât şi prin concordanţa tulburării la gemenii homozigoţi. Anumiţi autori chiar au mers până la a caracteriza transmiterea (ereditate mono-hibridă autozomă) pe care alţii o contestă. Trebuie recunoscut însă că aceste deducţii au rezultat din studii statistice cu un mare număr de observaţii, în care lipsesc o serie de elemente, fapt ce conduce la concluzii aleatoare. Corelaţia dintre retardul de limbaj şi dislexie a făcut să fie evocată „o fragilitate constituţională" a ansamblului capacităţilor de învăţare a limbajului.

Suferinţa cerebrală. — Frecvenţa antecedentelor neonatale (sarcină şi naştere dificile, prematuritate, reanimare neonatală...) a făcut ca anumiţi autori să invoce o suferinţă cerebrală. Se poate face o apropiere de un alt concept avansat, cel de „imaturitate cerebrală", expresie despre care nu se ştie foarte exact ce anume cuprinde (v. cap. 2, 2.3.).

Tulburările perceptive. — În cadrul acestei ipoteze, factorii periferici, în special vederea, sunt consideraţi responsabili pentru dificultăţile de lectură. De altfel, istoric, dislexia a fost descrisă de către un oftalmolog (Minshdwood, 1895). Dacă în prezent nu mai este invocată acuitatea vizuală ca atare, diverşi autori s-au îndreptat recent către studiul oculomotricităţii, descriind fie o dispraxie oculară, fie o non-lateralizare a privirii. Dacă realitatea acestor tulburări nu poate fi negată, totuşi nu se poate spune dacă ele sunt primare sau secundare, şi nici nu sunt constante la copiii dislexici, ele putând fi întâlnite şi la non-dislexici. În orice caz, integrarea grafemelor pentru a ajunge la înţelegerea simbolică a limbajului citit nu poate fi redusă la simpla percepţie senzorială.

Echilibrul psihoafectiv. — Este foarte dificil de făcut diferenţa între perturbările afective secundare dislexiei şi cele care o iniţiază. Multă vreme s-a considerat că aceste perturbări sunt înainte de toate reactive, în vreme ce în prezent unii consideră dislexia ca o manifestare posibilă a tulburărilor de personalitate. Deşi nici o grupare psihopatologică precisă nu poate fi corelată cu dislexia, este totuşi adevărat că persoanele cu dislexie prezintă adesea tulburări de comportament de tip impulsiv, cu „treceri la act" frecvente. Aici se adaugă, la fel ca şi în achiziţia limbajului vorbit, întreaga problematică a simbolizării, cu medierea (investirea proceselor secundare, capacitatea de a tolera frustrarea) pe care o permite. Fără a nega dimensiunea reactivă a acestor tulburări la un copil care se confruntă cu eşecul şcolar şi cu un decalaj din ce în ce mai mare între capacităţile sale şi exigenţele mediului social, trebuie subliniat că învăţarea citirii se produce în mod normal la copil la o vârstă la care conflictele psihoafective se calmează, fapt ce facilitează investirea sublimatorie a cunoştinţelor şcolare. Se înţelege că diversele tulburări de personalitate, a căror caracteristică comună este de a menţine o stare conflictuală permanent activă, pot face aleatorie această învăţare a lecturii sau pot să o integreze într-o nouă conduită patologică.

Mediul socio-cultural. — Se pare că există o corelaţie între un nivel socio-cultural scăzut sau mediocru şi apariţia unei dislexii. Totuşi, nu este vorba despre o relaţie simplă, întrucât se asociază numeroşi factori de compensare sau agravare: relaţia părinte–copil, diferenţa culturală şi altele.

Inteligenţa. — Prin definiţie, nu se vorbea iniţial de dislexie decât la copiii cu nivel intelectual normal la testele de evaluare. În realitate, este indicat să fim mai puţin arbitrari în acest domeniu: numeroşi copii cu debilitate uşoară prezintă dificultăţi de învăţare a citirii identice din toate punctele de vedere cu cele pe care le-am descris. Şi ei pot beneficia foarte mult de pe urma unui ajutor pedagogic adaptat şi în aceste condiţii pot învăţa să citească. Dincolo de problema mai generală a debilităţii (v. cap. 9, 2.1.), este bine să fie depistate aceste dificultăţi şi să fie tratate.

Pedagogia. — Metoda globală de învăţare a lecturii a fost o vreme considerată responsabilă pentru dislexie. În realitate, studiile statistice comparative au arătat că nu este adevărat, dar că în schimb această metodă punea mai repede în evidenţă copiii care aveau să întâmpine dificultăţi. Ca şi în cazul pedagogiei în ansamblu, nu există o metodă bună unică pentru a învăţa citirea, dar există mulţi învăţători şi mulţi copii ale căror relaţii reciproce sunt determinante. La nivelul învăţământului ca atare, disponibilitatea de a utiliza o metodă sau alta, încrederea în aceasta, neîncrederea în ea, propriul entuziasm sau pesimism sunt factori mult mai importanţi.

4.4. — TRATAMENT

Locul dislexiei în ansamblul dificultăţilor copilului, caracterul primar sau reactiv al acestora din urmă trebuie luate în considerare înainte de a angaja

copilul într-o terapie. Dacă dislexia se înscrie în cadrul unei tulburări profunde de personalitate cu o atitudine de opoziţie mai mult sau mai puţin viguroasă la orice nouă achiziţie, în special şcolară, este de înţeles că reeducarea se va lovi rapid de simptom şi, prin urmare, o abordare terapeutică globală este mai indicată.

Totodată, reeducarea este cel mai adesea indispensabilă. Este esenţial ca şi copilul să poată să o accepte şi să fie motivat, aceasta fiind datoria consultantului, a reeducatorului, dar şi a părinţilor! Şi în acest caz metoda utilizată este mai degrabă în funcţie de reeducator decât de copil. Se disting metodele fondate pe lectura (Borel-Maisonny) cu bază fonetică în care gesturile simbolice caută să suscite asocierea semne scrise–sunet şi metodele fondate pe scriere (Chassagny), utilizând serii (cuvinte înlănţuite fie prin forma lor, fie prin sens) şi unde copilul se auto-corectează (ex.: „cadou": copilul este invitat să scrie ecou, apoi panou, tablou, mantou şi în cele din urmă sacou).

Dacă în majoritatea cazurilor reeducarea conduce în 6 – 24 luni la o diminuare, sau chiar la dispariţia dificultăţilor, rămâne totuşi un procentaj de copii (10-15%) care fac progrese scăzute sau chiar de loc. Se pune atunci problema unei pedagogii speciale, făcând cât mai puţin posibil apel la citire şi scriere.

Vom profita acum pentru a pune în relief rolul şcolii la o vârstă critică pentru copil. Mici dificultăţi, într-o clasă care nu este supraîncărcată şi cu un învăţător disponibil, se pot atenua şi dispărea, în vreme ce condiţiile pedagogice mediocre fixează tulburarea şi stau la originea tulburărilor reactive ale copilului: refuzul şcolar, reacţia de catastrofă, inhibiţia.

5. — PATOLOGII SPECIFICE

5.1. — BALBISMUL[13]

Perturbare în domeniul interacţiunilor orale, balbismul este o tulburare a debitului elocuţiunii şi nu a limbajului ca atare. Se întâlneşte la aproximativ 1% dintre copii, în majoritate băieţi (3 – 4 băieţi la 1 fată). Se distinge balbismul tonic, cu blocaj şi imposibilitatea de a emite un sunet pentru un anumit timp, şi balbismul clonic, marcat de o repetare involuntară, sacadată şi explozivă a unei silabe, adesea fiind prima din frază. S-a căutat descrierea unei succesiuni a celor două tipuri de bâlbâială, dar în realitate ele coexistă foarte frecvent.

[13] În limbajul curent – bâlbâiala. (n. t.)

Balbismul este acompaniat adesea de diverse mişcări motorii: crisparea feţei, ticuri sau gesturi variabile mai mult sau mai puţin stereotipe ale feţei, mâinilor sau membrelor inferioare; la acestea se asociază manifestări emotive (roşire, jenă, transpiraţia mâinilor).

Apare în mod obişnuit între 3 şi 5 ani. Este numită în mod eronat „balbism fiziologic" o fază de repetare a silabelor fără tensiunea spasmodică sau tonică, ce survine către vârsta de 3-4 ani şi care nu are nici un raport cu adevăratul balbism. Doar ulterior, în copilărie sau în adolescenţă, poate să apară un balbism, uneori în mod brusc, după un şoc afectiv sau emoţional.

Diversele explorări neurofiziologice nu au permis descoperirea nici unei anomalii funcţionale, fapt confirmat şi de variabilitatea balbismului de la o zi la alta în funcţie de interlocutor, de starea afectivă a vorbitorului şi de conţinutul discursului său. Balbismul se accentuează atunci când relaţia este susceptibilă să declanşeze o emoţie (părinte, şcoală, străin...) şi se atenuează sau dispare atunci când emoţiile sunt mai uşor controlate (text cunoscut „pe de rost", solilocvie, cântec, dialog cu un obiect sau animal...).

Factori asociaţi

Ereditatea a fost invocată, se regăseşte în 30% din cazuri.

Dislateralitatea (stângăcia, lateralizarea neomogenă), invocată iniţial, este departe de a se regăsi la toţi balbicii, tot aşa cum nici toţi stângacii nu sunt balbici. Importanţa sa este de fapt foarte redusă.

Existenţa unui retard de limbaj este în schimb foarte frecventă: aproximativ 50% dintre balbici prezintă astfel de antecedente. Această coexistenţă a stat la baza unei ipoteze patogenice, făcând din balbism un „defect cu caracter direct lingvistic" (Pichon), adică o incapacitate de a găsi cuvântul adecvat în urgenţa pe care o impune elocuţiunea.

Inteligenţa copilului balbic este similară sub toate aspectele cu aceea a copilului normal. Nu se regăsesc, spre deosebire de retardul în limbaj, perturbări temporo-spaţiale.

Psihopatologia balbismului

Perturbările psihoafective ale copilului balbic sunt de aşa natură încât nu pot fi ignorate. Totodată, simptomul conducând în mod esenţial la o distorsiune în comunicarea interindividuală, diversele lucrări ce au abordat dificultăţile psihoafective ale balbicului oscilează în mod constant între doi poli: o personalitate patologică şi un mediu patologic.

„Personalitatea“ balbicului. – Dacă o serie de autori au sperat o vreme că vor descrie „o“ personalitate patologică a subiectului balbic, din fericire această vreme a fost depăşită. Totuşi, anumite trăsături de personalitate se regăsesc cu o frecvenţă ridicată: introversiune şi anxietate, pasivitate şi supunere, agresivitate şi impulsivitate – există în aproape toate descrierile.

Studiile psihanalitice situează balbismul fie între isteria de conversie şi nevroza obsesională (O. Fenichel), fie în cadrul unei organizări paranoide pe care balbicul o structurează prin apărări obsesionale la nivelul discursului său şi prin apărări isterice în forma manifestă a elocuţiunii sale (Anzieu).

Dintr-o perspectivă puţin diferită, vom cita abordarea psihofiziologică, centrată de asemenea pe individ, care face din balbism rezultatul unui conflict de atracţie şi evitare în care anxietatea suscită blocajul care, prin *feed-back* negativ, eliberează într-un al doilea timp cuvântul, de unde aspectul sacadat şi repetitiv al limbajului (Sheehan).

De fapt, geneza acestor tulburări nu poate fi înţeleasă în afara problemei comunicării şi realizării limbajului: reacţiile anxioase, ostile sau agresive în faţa altuia sunt astfel susceptibile să blocheze spontaneitatea limbajului şi să conducă la apariţia simptomului.

Anturajul balbicului. – Şi aici s-a încercat conturarea unei tipologii caracteriale a anturajului balbicului. Mamele sunt desigur în prim plan: anxioase şi hiperprotective sau distante şi lipsite de căldură, mame lipsite de siguranţă şi nemulţumite, contradictorii în atitudini – care atrag şi apoi resping....

În prezent, atenţia se îndreaptă mai mult asupra interacţiunii mamă–copil, balbismul fiind înţeles ca o incapacitate iniţială de a introduce distanţa pe care comunicarea prin limbaj o permite în mod normal între doi indivizi. La copil, acest fapt s-ar datora angoasei excesive în faţa distanţei în relaţia sa cu mama, având drept corolar incapacitatea de a o devaloriza sau agresa, iar la mamă s-ar datora ambivalenţei extreme cu care primeşte această distanţare (G. Wyatt). Tatăl nu intervine decât ca personaj idealizat, dar în fapt ireal, fără raport cu persoana reală care există.

Evoluţie şi tratament

Dacă în anumite cazuri balbismul se atenuează sau chiar dispare în mod spontan o dată cu avansarea în vârstă, posibila sa persistenţă şi obstacolul relaţional pe care îl reprezintă justifică abordarea terapeutică.

Toţi autorii sunt de acord în a recunoaşte că tratamentul balbismului cu cât este mai precoce, cu atât mai bune şi mai rapide sunt rezultatele. Terapia trebuie întreprinsă între 5 şi 7 ani.

După vârsta de 10 ani, şi apoi în adolescenţă, tratamentele devin dificile, iar

rezultatele, cel puţin în ceea ce priveşte simptomul, devin aleatoare. Acest fapt este cu atât mai uşor de înţeles cu cât balbismul a putut, o dată cu dezvoltarea copilului, să se detaşeze de semnificaţia sa emoţională iniţială şi persistă pur şi simplu ca o „urmă“ fără raport cu problematica psihoafectivă a individului actual.

În plan tehnic, cu copilul mic, reeducarea ortofonică este recomandabilă, dar ea trebuie să aibă grijă să permită exteriorizarea agresivităţii întotdeauna latente. Cu copilul mai mare, în special atunci când nu există trăsături nevrotice, o psihoterapie se poate dovedi utilă dacă copilul sau adolescentul acceptă, iar părinţii pot tolera manifestările sale de autonomie. Tehnicile în care centrarea pe cuvânt este mai puţin exclusivă, cum sunt relaxarea sau psihodrama, pot fi şi ele utile.

5.2. — MUTISMUL

Mutismul este absenţa limbajului la un copil care anterior a vorbit şi ale cărui tulburări nu intră în cadrul afaziei. Se pot distinge:

– mutismul total dobândit, care survine cel mai adesea după un şoc afectiv. Se observă în special în adolescenţă. De durată variabilă, dar cel mai adesea trecător, îi succede fie o perioadă de vorbire în şoaptă, fie un balbism tranzitoriu;

– mutismul electiv durabil: locul mutismului este variabil, intrafamilial sau, dimpotrivă, şcolar, extrafamilial. Apare adesea în jurul vârstei de 6-7 ani şi poate dura mai mulţi ani. Se pot observa şi alte simptome: inhibiţie motorie, opoziţie, enurezis.... Fapt remarcabil: atunci când copilul este mut la şcoală, el poate păstra multă vreme o activitate scrisă şi să progreseze aparent normal în activitatea şcolară (dictare, calcul, lecţii transmise prin scris).

În plan psihopatologic

Dacă mutismul emoţional traduce adesea un mecanism de conversie isterică, în special în adolescenţă, înţelegerea dinamică a mutismului electiv global este în schimb mult mai dificil de abordat. Legătura care uneşte cuplul mamă–copil este întotdeauna foarte puternică iar limbajul poate fi investit ca o potenţială ameninţare la adresa acestei legături. Se pare că, în pofida unei aparente adaptări de suprafaţă, acest mutism maschează adesea tulburări profunde ale personalităţii, de tip psihotic sau prepsihotic. Deseori, în aceste familii există un „secret familial“, ceva nespus; mutismul pare să pecetluiască o alianţă între anumiţi membri ai familiei (în special mama şi copilul) şi interzice divulgarea acestui secret în afara teritoriului familial. Acest secret se articulează în general în jurul unei drame familiale: naştere nelegitimă, nebunie, moarte (Myquel).

Tratament

Tratamentul mutismului emoțional este asemănător cu abordarea terapeutică a nevrozelor traumatice (terapie suportivă utilizând explicațiile și sugestia). În cazul mutismului electiv, tratamentul psihoterapeutic poate fi dificil, în special datorită contra-transferului pe care simptomul îl suscită la terapeut. Psihodrama, dar și separarea familială, pot ajuta la modificarea simptomului.

5.3. — LIMBAJ ŞI PSIHOZĂ

Trebuie să reamintim că tulburările de limbaj sunt cvasi-constante în psihozele copilului, cu atât mai mult cu cât psihoza este mai precoce. Particularitățile limbajului în psihozele precoce sunt descrise în capitolul 16.

Cazul disfaziilor este mai dificil. De fapt, diagnosticul de disfazie este teoretic incompatibil cu diagnosticul de psihoză precoce. Această distincție este fondată pe planul analizei semiologice la copilul mic. În schimb, la copilul mai mare (6-7 ani sau mai mult), dacă ne referim la funcționarea psihică (și nu doar la studiul simptomatic), nu este întotdeauna ușor de stabilit o distincție clară.

BIBLIOGRAFIE

AIMARD P.: *L'enfant et son langage*. Simep. Villeurbanne, 1972.

AJURIAGUERRA J. de, AUZIAS M. & col.: *L'ecriture de l'enfant*. Delachaux et Niestlé, Neuchâtel, 1964.

AJURIAGUERRA J. de, JAEGGI A., GUIGNARD F., MAQUARD M., ROTH S., SCHMID E.: Evolution et pronostic de la dysphasie chez l'enfant. *Psychiat. Enf.*, 1965, 8 (2), 391-453.

ANZIEU A.: Sur quelque traits de la personnalité du bčgue. *Bul. Psych.* 1968, 21, 1022-1028.

BOUTON C.P.: *Le développement du langage: aspects normaux et pathologiques*. Mason, Paris, 1979.

BRESSON M.F.: L'état actuel des recherches sur les dysphasies. *Textes du Centre Alfred Binet*, 1987, 11, 23-51.

BRUNER J.S.: *Savoir faire, savoir dire*. PUF, Paris, 1983.

BUCHSENSCHUTZ E.: Troubles sévčres de la compréhension du langage associés ŕ une épilepsie. *Neuropsychiat. Enf. et Ado., 1979,* XXVII, 361-373.

DIATKINE R., VAN WAEYENBERGHE M.: Dysphasies. *Psychiat. Enf.* 1990, 33, (1), 37-91.

DUGAS M., BERTHODIN M.L., MOREAU L.: Indication d'une rééducation ortophonique chez l'enfant d'âge scolaire. *Rev. Prat.*, 1978, 28, (23), 1751-1763.

DUGAS M., GERARD C.: Nouvelles approches des troubles du développement du langage: un paradigme pour la psychiatrie de l'enfant, 157-172. În: *L'enfant dans sa famille: nouvelles approches de la santé mentale:* Chiland C., Young J. (sous direction de) PUF, Paris, 1990.

EDGCUMBRE R.M.: Toward a developmental line for the acquisition of language. *Psycho-anal. St. of the child*, 1981, 36, 71-103.

GOLSE B., BURSZTEIN C.: *Penser, parler, représenter. Émergences chez l'enfant.* Masson, 1990.

JAKOBSON R.: *Langage enfantin et aphasie* (tradus din engleză și din germană de J.P. Boons și R. Zygouris), Minuit, Paris, 1969.

LA GENČSE DE LA PAROLE: *Symposium de l'Association de Psychologie Scientifique de Langue Française.* PUF, Paris, 1977.

LAUNAY Cl., BOREL-MAISONNY S.: *Les troubles de langage, de la parole et de la voix chez l'enfant.* Masson, Paris, 1972.

MARCELLI D.: Personnalité du bčgue: approche thérapeutique. *Neuropsychiat. Enf. et Ado.*, 1979, XXVII. 259-263.

MYQUEL M., GRANON M.: Le mutisme électif extra-familial de l'enfant. *Neuropsychiat. Enf.*, 1982, 30, 6, 329-339.

NUMERO SPECIAL: Genčse et psychopathologie du langage. *Neuropsychiat. Enf. et Ado.*, 1984, 32 (10-11), 477-566.

PICHON E.: *Le développement psychique de l'enfant et de l'adolescent.* Masson, Paris, 1936.

SINCLAIR DE ZWART H.: *Acquisition du langage et développement de la pensée.* Dunod, Paris, 1967.

WYATT G.L.: *La relation mčre–enfant et l'acquisition du langage.* Dessart, Bruxelles, 1969.

7 PSIHOPATOLOGIA SFEREI ORO-ALIMENTARE

1. — GENERALITĂȚI

În jurul alimentației se conturează cea mai precoce axă de interacțiune între mamă și copil, axă ce va constitui nucleul de referință al diverselor stadii de dezvoltare ulterioare. Importanța schimburilor dintre copil și mediul său în ceea ce privește alimentația nu mai are nevoie să fie demonstrată, dar multitudinea factorilor ce intervin fac dificilă studierea acestor schimburi. Vom evoca succint factorii care țin de copil, apoi cei care țin de relația cu mama și, în final, dimensiunea socio-culturală a alimentației.

Nou-născutul posedă un echipament neurofiziologic deosebit de bine dezvoltat încă de la naștere, la nivelul comportamentului de supt: reflexul punctelor cardinale însoțit de rotirea capului, reflexul de căutare a sânului, reflexul de supt și deglutiție (acompaniat de tentative de prindere cu degetele) reprezintă o unitate motorie imediat funcțională. Cu toate acestea, nu trebuie să tragem pripit concluzia că toți bebelușii prezintă același comportament față de alimentație.

Asistentele din maternități știu să distingă în mod rapid, încă de la primele mese, bebelușii „leneși" și cei „lacomi". Atunci când se studiază ritmul de sucțiune a tetinei și frecvența opririlor, se pot distinge și bebelușii care sug în ritm rapid, aproape fără pauză, de alții, al căror ritm de sucțiune este mai lent, întretăiat de numeroase opriri. De altfel, se pare că băieții fac mai des parte din acest al doilea grup (I. Lézine & col.). Dar acest comportament de sucțiune, deja diferit de la un nou-născut la altul, este însoțit de un ansamblu de manifestări de asemenea variabile. Unii bebeluși plâng, se agită zgomotos în fața a ceea ce par să resimtă ca o tensiune intolerabilă, în vreme ca alții par să aștepte mai calm venirea hranei. Unii sug cu ochii deschiși, alții cu ochii închiși.

Oricare ar fi aceste variații individuale, se pare că sucțiunea constituie pentru bebeluș o nevoie în sine: atunci când bebelușul ia masa prea repede, el tinde să prelungească timpul de sucțiune cu ajutorul degetelor sau altui obiect; pe de altă parte, alimentația unui bebeluș nu se reduce doar la alinarea foamei fiziologice, ci reprezintă prototipul interacțiunilor umane. Foarte timpuriu, Freud a făcut distincția între satisfacerea trebuinței alimentare ca atare (foamea) și prima de plăcere (sucțiunea) pe care bebelușul o primește, a cărei urmă ontogenetică se poate spune, în mod schematic, că este apetitul. În jurul acestei „prime de plăcere" se organizează la bebeluș primele interiorizări de relații umane pe care se vor sprijini ulterior diversele alegeri de obiect ale copilului. Totodată, tendința actuală este de a considera că la această „primă de plăcere" nu participă numai sucțiunea și satisfacerea foamei, ci și ansamblul mânuirilor copilului (Winnicott): contactele corporale, cuvintele, privirile, mângâierile și legănările materne... precum și nevoia sa de atașament (Bowlby).

Suptul este totuși „timpul forte" al acestui schimb și va reprezenta modalitatea privilegiată grație căreia bebelușul începe să exploreze lumea care îl înconjoară; fapt dovedit de această fază în cursul căreia duce tot, în mod sistematic, la gură (4-5 luni până la 10-12 luni).

Nu trebuie să credem că din acest schimb, căruia i-am relevat până acum încărcătura libidinală, este exclusă agresivitatea. A înghiți, a face să dispară, a suprima, constituie deja o mișcare agresivă, și chiar dacă trebuie să privim cu prudență ipoteza fantasmei agresive precocisime îndreptată împotriva sânului matern (Klein), nu este mai puțin adevărat că a hrăni un bebeluș înseamnă și a face să dispară starea de tensiune, apetența anterioară. Dacă schimbul alimentar nu a fost fructuos, dispariția acestei nevoi riscă să fie resimțită de către bebeluș ca o pierdere, o amenințare, sau chiar ca o primejdie de aneantizare: toți autorii descriu bebelușii care suferă de colica lunii a treia (v. cap. 19, 1.1.) sau anorexie precoce ca fiind vioi, activi, tonici.... Ne putem întreba dacă tocmai starea de repleție postprandială nu constituie pentru aceștia o amenințare potențială. Agresivitatea legată de încorporare devine clară în faza sadic-orală (v. cap. 1, 1.4.) după cum o dovedește plăcerea copiilor mici de a mușca în joacă și chiar de a mușca realmente (12-18 luni).

Nu vom relua aici studiul evoluției oralității; dar este important să subliniem diversele sale semnificații cu vârsta și stadiile libidinale și agresive.

Atitudinea mamei este în funcție atât de comportamentul nou-născutului, de propriile ei afecte în fața oralității, dar și de capacitatea sa de a învăța și de a se adapta la situații noi. Astfel, Lézine & col. au arătat că în cursul primelor mese, *„puține dintre mamele primipare găsesc din capul locului o manieră flexibilă și îndemânatică, gesturile pe care trebuie să le facă pentru a ține bebelușul, a-l manipula, a-l calma și a-i satisface nevoile în mod imediat gratificant"*. La început, ritmul lor de alimentare, pauzele și reluările pe care le impun, nu corespund ritmului propriu bebelușului. Cel mai adesea, în medie către a patra zi, se produce un fel de adaptare reciprocă, mama devenind conștientă

de bebelușul său ca atare și exprimând sentimentul de a fi în mai mare măsură capabilă să se ocupe de copil. Această adaptare reciprocă se produce mult mai repede la mamele care se află la al doilea copil.

În afara acestui proces de armonizare reciprocă, mamele reacționează diferit în funcție de manifestările copilului: unele par înspăimântate de aviditatea acestuia, altele sunt mândre. Invers, anumite mame pot să își exprime temerea că suptul lent și cu multe întreruperi ar putea fi indiciul unor viitoare dificultăți alimentare. Aceste diverse atitudini pe care copilul le stârnește provin în mod evident din propriile fantasme inconștiente sau preconștiente ale mamei, fantasme a căror reactivare riscă să antreneze cuplul mamă–copil într-o situație patogenă atât pentru unul cât și pentru celălalt dintre protagoniști.

În fine, *societatea* intervine și ea în manieră privilegiată în schimbul alimentar mamă–copil. Nu avem intenția să ne întindem aici asupra ansamblului simbolismului cultural legat de alimentație, nici asupra rolului, întotdeauna fundamental, al mesei (după scena primitivă, urmează Cina familială). Vom reaminti așadar că la adolescență numeroase conflicte au loc în jurul mesei în familie, iar o frecventă remarcă a fetelor anorexice este aceea a dezgustului pe care declară că îl simt atunci când își văd părinții mâncând. Este deci important să precizăm locul puericulturii în relația dintre bebeluș și mama sa. Variabilității conduitelor citate mai sus, puericultura i-a răspuns multă vreme printr-o presiune monomorfă în care polul dialectic (calitate și cantitate de alimente) era excesiv privilegiat în raport cu polul relațional.

În zilele noastre, tendința este mai degrabă inversă, iar o dată cu alimentația la cerere riscul este de a lăsa prea mult tânăra mamă dezarmată în fața temerilor și fantasmelor sale legate de alimentație, fără ghidul securizant pe care îl constituiau sfaturile și recomandările dietetice.

În continuare vom studia anorexia bebelușului, obezitățile și anumite conduite alimentare aberante. Colica idiopatică din luna a treia, vărsăturile psihogene, și mericismul vor fi prezentate în capitolul consacrat tulburărilor psihosomatice (v. cap. 19).

2. — STUDIUL PSIHOPATOLOGIC

2.1. — ANOREXIA DIN AL DOILEA TRIMESTRU

Această anorexie survine cel mai adesea între 5 și 8 luni. Ea apare fie progresiv, fie în mod brutal, uneori cu ocazia unei schimbări de regim alimentar: înțărcare sau ablactație (de unde și termenul de „anorexie de sevraj"), introducerea hranei solide... În mod clasic, este vorba despre un bebeluș vioi, tonic, prezent, manifestând curiozitate pentru anturaj, avansat în dezvoltare. Foarte rapid acest refuz alimentar, mai mult sau mai puțin total, suscită o reacție anxioasă din partea mamei: încearcă să îl distragă, să se joace, să îl seducă, așteaptă ca acesta să fie somnolent, sau dimpotrivă, îl leagă, îi ține mâinile, încearcă să îi deschidă gura cu forța. În mod inevitabil, copilul iese învingător din această luptă, mama fiind epuizată și învinsă. Familia și prietenii sunt solicitați pentru păreri și sfaturi a căror divergență nu face decât să crească anxietatea maternă.

Această anorexie este izolată, bebelușul continuă să crească și adesea să se îngrașe. Rareori anorexia este atât de profundă încât conduce la o cădere a curbei de greutate, apoi a curbei staturale. Poate fi acompaniată de constipație. Deseori, o apetență intensă pentru lichide compensează anorexia față de hrana solidă. În fine, nu este rar ca această anorexie să fie centrată în jurul relației cu mama, bebelușul mâncând foarte bine cu orice altă persoană (dădaca, puericultoarea de la creșă, bunica...). Mama resimte această conduită ca un refuz direct îndreptat asupra ei, este angoasată, contrariată atunci când se apropie masa, nu mai are disponibilitatea necesară. În aceste condiții, masa nu mai înseamnă pentru copil a mânca mâncare, ci mai degrabă a înghiți angoasa mamei sale (Dolto).

Evoluția permite discriminarea a două forme (Kreisler):

Anorexia simplă. — Apare ca o tulburare esențial reactivă (la înțărcare, la o maladie intercurentă, la o schimbare a cadrului de viață...), pasageră, conduita de refuz fiind legată adesea de o atitudine de forțare din partea mamei. Problema se rezolvă rapid printr-o schimbare de atitudine din partea mamei, după ce a fost liniștită, sau cu ajutorul unor amenajări practice (masa este oferită de către tată sau o terță persoană, ajutor temporar din partea unei puericultoare...).

Anorexia mentală gravă. — Aceasta nu diferă cu nimic, la început, de precedenta. Dar fie pentru că reacția anorectică este profund înscrisă în corpul său, fie pentru că atitudinea maternă nu este susceptibilă de schimbare, comportamentul anorectic persistă. Pot să apară și alte tulburări: dificultăți de somn, stări colerice intense, spasmul hohotului de plâns.... În fața mâncării copilul manifestă fie un total dezinteres, fie o opoziție vie. În acest din urmă caz, mesele constituie veritabile asalturi între o mamă care încearcă să folosească toate mijloacele pentru a introduce un strop de mâncare în gura copilului (seducție, șantaj, amenințare, coerciție...) și un copil care se zbate, scuipă, aruncă în toate direcțiile, varsă farfuria...

Comportamentul anorectic poate fi întrerupt de perioade în care copilul mănâncă mai bine, rămânând însă capricios: mănâncă numai alimentele dulci,

sau lactate, sau numai legume... Vărsăturile sunt frecvente, punctând cele câteva mese pe care a reuşit să le ia. În aceste condiţii este posibilă o repercutare somatică. Copilul devine palid, cu o alură plăpândă, fără însă a dezvolta o adevărată maladie.

Mult timp părinţii sunt în căutarea unei origini organice care însă este rară (cardiopatie, malabsorbţie digestivă, infecţie, encefalopatie sau tumoare cerebrală) şi care nu este însoţită de acelaşi context psihopatologic.

Abordare psihopatologică

Atenţia s-a centrat mai întâi asupra mamelor copiilor anorectici. Deşi sunt adesea descrise ca autoritare, manipulatoare şi intruzive, ele sunt departe de a prezenta un profil patologic clar. În schimb, pentru toate relaţia alimentară pare să constituie axa de interacţiune privilegiată care maschează sub nevoia de a hrăni o vie angoasă de a nu fi o mamă bună, sau o angoasă de abandon, sau de moarte...

În ceea ce priveşte bebeluşul, refuzul alimentar a primit diverse interpretări în funcţie de stadiile genetice de dezvoltare. Anorexia poate fi înţeleasă ca o tentativă de a evita faza de repleţie şi de detentă postprandială, trăită ca potenţial primejdioasă datorită dispariţiei oricărei tensiuni. La rândul său, Spitz a considerat că întoarcerea capului de la biberon sau de la sân pentru a marca saţietatea reprezintă prototipul gestului semantic „nu", iar în acest sens anorexia ar fi o conduită masivă de refuz în relaţia mamă–copil ce riscă apoi să împiedice accesul la o simbolizare mai mentalizată. În acelaşi spirit, s-a remarcat frecventa şi excesiva familiaritate a bebeluşilor anorectici faţă de străini, la o epocă la care se constituie în mod normal angoasa de străin. Această familiaritate ar dovedi o incapacitate de individualizare a figurii materne şi de focalizare a angoasei asupra figurii străinului. Refuzul alimentar dovedeşte „contaminarea anxioasă" pe care o suferă relaţia cu mama şi tentativa de stăpânire ce rezultă de aici. Această dificultate de mentalizare ar putea constitui baza unei viitoare organizări psihosomatice.

Atitudinea terapeutică trebuie să se centreze asupra relaţiei mamă–copil, în încercarea de a diminua angoasa maternă şi a reduce atitudinile nocive mai marcate. Simpla decizie de a controla un pedopsihiatru este suficientă uneori pentru a linişti temerile: astfel, nu este rar ca bebeluşul să mănânce bine chiar înainte de consultaţie. Totodată, cum aceste atitudini au ca origine fantasme preconştiente sau inconştiente ale mamei referitoare la relaţia alimentară, o psihoterapie fie doar cu mama, fie a cuplului mamă–copil este uneori necesară.

Forme specifice de anorexie a bebeluşului

În funcţie de vârstă, se pot întâlni mai rar:

– ***anorexia esenţială precoce*** care apare încă de la naştere, fără un interval liber, la un bebeluş pasiv la început, care pare că nu acordă nici un interes meselor. Atitudinea de opoziţie apare secundar.

În plan diagnostic, trebuie semnalat că anorexia precoce gravă poate fi unul dintre primele semne de autism sau de psihoză infantilă precoce, ale căror manifestări trebuie întotdeauna căutate: ele pot să apară treptat în al doilea an de viaţă;

– ***anorexia din a doua copilărie*** urmează cel mai adesea formei tipice. Totodată ea poate să apară la această vârstă, marcată de o vie atitudine de opoziţie şi existenţa frecventă a capriciilor alimentare mai mult sau mai puţin schimbătoare;

– ***anorexia mentală a fetelor*** (v. Compendiul *Adolescenţă şi psihopatologie*, cap. 6).

2.2. — OBEZITATEA

Menţinută multă vreme în planul secund, în spatele anorexiei mentale, problemele ridicate de obezitate încep să ocupe primul plan al scenei, în special ca urmare a numeroaselor articole referitoare la obezitatea adultului şi evoluţia acesteia, din care reiese că precocitatea apariţiei obezităţii este un factor important de prognostic. În plan clinic, obezitatea se defineşte printr-un excedent de cel puţin 20% în greutate în raport cu media normală corespunzătoare taliei. Un excedent mai mare de 60% reprezintă un factor de risc sigur. Frecvenţa obezităţii este în jur de 5% în populaţia şcolară.

Deşi solicitarea unei consultaţii este adesea tardivă, de obicei în jurul pubertăţii, începutul obezităţii poate fi precoce, încă din primii ani de viaţă, cu alte cuvinte există o mare distanţă între vârsta de constituire şi vârsta la care are loc consultaţia pentru obezitate. Există două perioade de predilecţie pentru constituirea unei obezităţi: chiar din primul an de viaţă, sau în perioada prepubertară între 10 şi 13 ani. Se disting astfel obezităţile primare şi obezităţile secundare.

În funcţie de aspect şi de numărul de adipocite, pediatrii descriu:

– obezităţile hiperplastice, în care volumul adipocitelor este foarte ridicat, obezităţi ce se constituie încă din primul an de viaţă;

– obezităţile hipertrofice, atunci când numărul celulelor adipoase este normal, dar talia lor este excesivă;

– în fine, obezităţile mixte.

În plan alimentar, obezitatea se constituie uneori ca urmare a crizelor bulimice ale copilului, dar cel mai adesea ea este consecutivă unei hiperfagii întreţinute de climatul familial. Excesul de aport poate fi global sau poate fi făcut în favoarea glucidelor (făinoase sau dulciuri) ingerate în special după amiază, după întoarcerea de la şcoală.

Obezităţile ce comportă o cauză endocrină sunt excepţionale (mai puţin de 1%) şi sunt însoţite de un retard de creştere.

În plan psihologic, este dificil uneori să se mai distingă, odată instalată obezitatea, dimensiunea reactivă sau cauzală a tulburărilor observate.

Personalitatea copilului obez

S-a căutat o tipologie caracteristică a obezităţii, în special în opoziţia anorexie-slăbire-hiperactivitate cu polifagie-obezitate-masivitate (H. Bruch). Copiii obezi sunt în general descrişi ca fiind apatici, tăcuţi, timizi, dar totodată capabili de reacţii de prestanţă sub formă de mânie subită. În acelaşi timp, apatia şi pasivitatea nu sunt constante, putând, dimpotrivă, să-i caracterizeze o anumită activitate fizică. Obezităţii i se asociază deseori alte simptome ce dovedesc suferinţa psihică: eşec şcolar, enurezis, acestea întâlnindu-se cel mai adesea în obezităţile secundare. Atunci când eficienţa intelectuală este normală sau de nivel superior, inhibiţia sau pasivitatea afectează adesea reuşita.

Cel mai frecvent obezitatea nu se înscrie în tabloul unui sindrom net, deşi se integrează uneori într-un tablou psihopatologic precis, cum ar fi o psihoză. În cadrul acestei psihoze, obezitatea poate fi caracterizată de aspectul său monstruos (supraponderalitate de 60% sau mai mult), variabilitatea sa conducând la ceea ce se numeşte „obezitate informă".

Obezitatea se întâlneşte frecvent şi în tablourile de debilitate mintală: copilul caută satisfacţii imediate, nesimbolizate, funcţia parentală este redusă mai degrabă la rolul alimentar decât cel educativ, acestea sunt explicaţiile propuse. Se regăseşte frecvent existenţa unei carenţe afective care de altfel poate fi asociată unui tablou de debilitate sau pseudo-debilitate. Problematica de tip plin–vid ocupă aici un loc privilegiat, copilul încercând să umple lipsa atât de crud resimţită.

Evoluţia obezităţii

Am semnalat deja distanţa mare existentă între constituirea obezităţii şi vârsta copilului la care este solicitată prima consultaţie. Cu excepţia unor cazuri particulare, abia la pubertate, între 11 şi 13 ani, părinţii se îngrijorează, mai des pentru fiica decât pentru fiul lor. Toţi autorii sunt de acord în recunoaşterea relativei persistenţe a simptomului în pofida diverselor tratamente întreprinse.

Doar 15-20% dintre obezităţi regresează (Job), celelalte persistând şi la vârsta adultă.

Elemente de reflecţie psihopatologică

Copilul obez şi familia sa. — Determinismul familial şi cultural al obezităţii este unul important. Astfel, există familii de obezi unde se intrică factorii genetici şi obiceiurile alimentare. De asemenea, obezitatea este frecventă la copiii din clasele defavorizate când acced la „societatea de consum". În aceste familii, obezitatea este încă investită cu simbolismul de „sănătate".

În constelaţia familială a fost descris comportamentul alimentar excesiv al mamelor (Bruch) care răspund la orice manifestare a bebeluşului printr-un aport alimentar: asta ar perturba senzaţia de foame a copilului, orice tensiune ulterioară declanşând o nevoie de a înghiţi ceva.

Copilul obez şi corpul său. — Schema corporală a copilului obez este adesea perturbată, cu atât mai mult cu cât obezitatea s-a constituit mai precoce. Reprezentarea unui corp filiform, aerian, nu este rară. Vom aborda aici problematica identităţii, inclusiv aceea a identităţii sexuale, unde obezitatea joacă un rol diferit în funcţie de sex. Foarte schematic, se poate spune că obezitatea fetiţei este un mijloc activ de afirmare virilă a corpului său negându-i castrarea, în vreme ce la băiat, obezitatea care îneacă sexul în grăsimea prepubiană apare ca o protecţie pasivă împotriva angoaselor de castrare, mascând însăşi existenţa sexului, fapt relevat foarte bine uneori de testele proiective.

Viaţa fantasmatică a copilului obez. — Sub atitudinile de prestanţă, de forţă şi vigoare, se ascunde destul de des o trăire depresivă, mai mult sau mai puţin severă, împotriva căreia obezul caută să se protejeze: vidul, lipsa, absenţa sunt resimţite cu acuitate. Este mobilizată rapid viaţa fantasmatică legată de oralitate, subîntinsă de intense angoase de devorare, lumea exterioară fiind resimţită ca primejdioasă. În faţa acestui pericol, regresia narcisică dovedită frecvent prin recursul la teme marine şi oceanice în cadrul testelor, constituie un al doilea versant, obezitatea servind drept afirmare de sine şi luând locul, în manieră concretă, unei imagini de sine ideale. Astfel, obezitatea ar avea în mod constant acest dublu rol: pe de o parte, de protector împotriva lumii înconjurătoare, iar, pe de altă parte, de garant al integrităţii şi al valorii de sine, importanţa relativă a unuia sau altuia dintre roluri explicând varietatea tablourilor clinice.

Tratament

A ne adresa în mod unilateral numai simptomului de obezitate este în general sursă de dificultăţi şi de eşec, cu atât mai mult cu cât regimul a fost solicitat de

către părinţi şi nu de către copil. Dacă este posibil să fie făcut copilul să slăbească în timpul regimului, el va reface foarte rapid kilogramele pierdute, imediat după încetarea acestuia.

Restricţia calorică, utilă cu siguranţă, chiar indispensabilă, trebuie însoţită de o evaluare a rolului psihosomatic al obezităţii şi de o motivaţie a copilului pentru acest tratament. Câteva consultaţii terapeutice sau chiar o psihoterapie de susţinere sunt necesare.

Tratamentele medicamentoase nu sunt recomandabile, anorexigenele amfetaminice trebuind administrate cu prudenţă.

2.3. — COMPORTAMENTELE ALIMENTARE DEVIANTE

Crizele de bulimie

Se pot observa la adolescenţii anorexici, sau la copiii obezi, dar şi la copiii care prezintă diverse tipuri de structuri mentale. Este vorba despre impulsuri irezistibile de a mânca, ce survin în mod brusc, acompaniate sau nu de senzaţia de foame, ce vizează în mod normal alimente apreciate sau nu de către subiect, cel mai adesea fără discriminare. Ele sunt descrise ca o nevoie imperioasă de a-şi umple gura, mestecând mai mult sau mai puţin, ca o veritabilă foame devorantă ce poate dura un timp variabil, de la câteva minute până la mai multe ore. Încetează abrupt, deseori fiind urmate de impresia de dezgust la vederea frigiderului devastat, a borcanelor de dulceaţă golite şi constatarea amară a absenţei totale a oricărui simţ critic şi a oricărei igiene alimentare în cursul acestui fenomen. Starea se încheie adesea printr-un acces de toropeală, chiar somnolenţă, în care poate fi resimţit un sentiment de repleţie, fie cu dezgust, fie cu plăcere.

Trebuie semnalat că accesele grave de bulimie se integrează uneori într-o conduită psihotică în care hrana este suportul unei investiri delirante.

Manierism şi dezgust electiv

Este vorba despre comportamente foarte frecvente în copilăria mică, alternând uneori cu perioade anorectice. Ele vizează diferite tipuri de alimente, fie în sensul dezgustului, fie în sensul dorinţei. Se poate cita spre exemplu dorinţa electivă de alimente lactate de culoare albă, dorinţele elective de dulciuri sau ciocolată. Invers, se poate cita dezgustul electiv faţă de carne, alimente fibroase de tipul fasolei verzi, sparanghelului, prazului.

Anumite alimente suscită frecvent reacţii vii din partea copilului, fie datorită culorii, fie datorită consistenţei sau caracterului simbolic deosebit al alimentului:

astfel „pojghiţa de deasupra laptelui" lasă rareori indiferent copilul, acesta reacţionând cel mai adesea prin dezgust, sau mai rar prin dorinţă. Dorinţa regresivă faţă de sân, transformată în contrariul său, sub forma dezgustului ar putea constitui o explicaţie (A. Freud). Dacă aceste preferinţe sau dezgusturi elective dovedesc în mod evident investirea fantasmatică particulară a anumitor alimente şi a ingerării lor (cum este spre exemplu încercarea de a controla sau de a nega agresivitatea orală şi fantasmele canibalice în refuzul cărnii), ele constituie în acelaşi timp, pentru copil, un mijloc de presiune şi manipulare a anturajului său. Copilul anorectic obţine uneori din partea părinţilor săi adevărate acte de bravură pentru a „procura" produsul dorit, confirmându-şi astfel atotputernicia asupra lor.

La o vârstă mai mare, astfel de conduite pot dovedi organizări mai clar patologice, putând chiar să vehiculeze idei delirante de tip hipocondriac.

Potomania

Este vorba despre o nevoie imperioasă de a bea mari cantităţi de apă, sau, în absenţa acesteia, a oricărui alt lichid. Atunci când se încearcă limitarea acestei conduite, unii autori au descris copii capabili să îşi bea propria urină.

Diagnosticul diferenţial trebuie să elimine cu mare atenţie o cauză organică (diabet glicozuric, diabet insipid, sindromul poliuro-polidipsic) înainte de a susţine potomania.

În plan psihopatologic, dacă anumiţi copii prezintă tulburări de personalitate ce se înscriu în cadrul unei psihoze, la alţii această potomanie apare ca o perturbare a noţiunii de sete ce îşi găseşte semnificaţia fie într-un comportament nevrotic regresiv (prima formă de alimentare a copilului este lichidă, iar absorbţia primelor „bucăţi" ridică adesea numeroase probleme atât mamelor angoasate de ideea de sufocare, cât şi copiilor ca atare, neobişnuiţi să mestece), fie într-un comportament de opoziţie faţă de anturaj, cel mai adesea faţă de mama care încearcă să limiteze cantitatea de lichide ingerate.

Episoadele spontan regresive de potomanie nu sunt o raritate. Ele pot să preceadă, sau invers, să succeadă uneori o conduită bulimică sau una anorectică.

Pica

Purtând denumirea din limba latină a coţofenei, pasărea cu voracitate omnivoră, sub termenul de pică este descrisă ingestia de substanţe necomestibile dincolo de perioada normală (între 4 şi 9-10 luni) în cursul căreia copilul duce totul la gură ca primă modalitate de aprehensiune a lumii. În pica, copilul înghite cele mai diverse substanţe: cuie, monede, nasturi, jucării micuţe, creioane, scrum de ţigară, hârtie, tencuială, iarbă, pământ, nisip etc. Uneori copilul înghite de fiecare dată acelaşi obiect, dar cel mai adesea înghite orice.

Acest comportament pare să se observe fie la copiii aflați în situație de carență afectivă profundă sau de abandon, fie la copiii psihotici, asociindu-se atunci altor perturbări, în special tulburărilor funcției alimentare și digestive (anorexie, diaree/constipație, incontinență...).

Anumiți autori, constatând frecvent o anemie hipocromă la acești copii, au interpretat comportamentul lor ca o căutare a fierului. O terapeutică marțială permite unele ameliorări ale conduitei de pica, dar aceste rezultate s-au dovedit foarte inconstante.

Coprofagia

Nu este frecventă în copilărie. Deși nu este rar ca la vârsta de 2-4 ani, în momentul achiziției curățeniei, copilul să își întindă măcar o dată materiile fecale pe pat, pe așternuturi sau pe perete, această conduită este în general izolată și se transformă rapid în dezgust. În schimb, atracția pentru materiile fecale este rară și traduce o perturbare profundă, atât în investirea corpului, cât și a relației cu altul, în special cu mama. Comportamentul de coprofagie se observă adesea când copilul este singur, în patul lui, și se poate face un fel de paralelism cu mericismul.

Mamele copiilor coprofagi sunt adesea reci, lipsite de afecțiune și chiar ostile, mergând până la maltratarea copilului (Spitz). Coprofagia se integrează de cele mai multe ori într-un tablou ce evocă psihoza.

BIBLIOGRAFIE

BRUCH H.: *Les yeux et le ventre*, Payot, Paris, 1975.

BRUSSET B.: *L'assiette et le miroir*, Privat, Toulouse, 1977.

CUKIER-MEMEURY F., LEZINE I., AJURIAGUERRA J. de: Les postures de l'allaitement au sein chez les femmes primipares. *Psychiat. Enf.* 1979, 22 (2), 503-518.

DOYARD P.A.: Le pédiatre et l'obésité de l'enfant. *Perspect. Psychiat.*, 1979, 17 (74), 362-365.

KESTEMBERG E., KESTEMBERG J., DECOBERT S.: *La faim et le corps*, PUF, Paris, 1972.

KREISLER L., FAIN M., SOULE M.: *L'enfant et son corps*, PUF, Paris, 1974.

MARCELLI D., CANARELLA Th., GASPARD B.: Les aspects cliniques de l'obésité de l'enfant. *Perspect. Psychiat.*, 1979, 17 (74), 366-374.

SELVINI-PALAZZOLI M., BOSCOLO L., CECCHIN G., PRATA G.: *Paradoxe et contre-paradoxe*, ESF, Paris, 1980.

8 TULBURĂRI SFINCTERIENE

1. — GENERALITĂȚI

În achiziția curățeniei și controlului sfincterian, urinar și anal, intervin trei axe: o axă neurofiziologică, o axă culturală și o axă relațională.

1.1. — NEUROFIZIOLOGIA SFINCTERIANĂ

Este marcată de trecerea de la un comportament reflex automat la un comportament voluntar controlat. La nou-născut, micțiunea și defecația succed la început repleția. Controlul sfincterelor striate se dobândește progresiv, iar controlul sfincterului anal îl precede în general pe cel al sfincterului vezical.

Acest control face să intervină mai multe componente: maturizarea locală, capacitatea precoce de condiționare... Astfel că devine destul de repede dificilă delimitarea contribuției acestor factori.

Studiile asupra motricității vezicale prin înregistrarea curbelor de presiune intravezicală au permis distingerea mai multor stadii (Lauret): automatismul infantil (curba A1 până la un an); începutul inhibiției (A2 până la 2 ani); posibilitatea inhibiției complete (B1 până la 3 ani); curba de tip adult (B2 după 3 ani); achiziția unui veritabil control sfincterian nu este posibilă înainte ca motricitatea vezicală să fi ajuns la acest ultim palier, chiar dacă o condiționare precoce ne-ar putea face să credem într-o curățenie aparentă.

1.2. — CONTEXTUL CULTURAL

Nu poate fi disociat de învățarea curățeniei. În funcție de cultură, această învățare se desfășoară într-un context mai mult sau mai puțin rigid, exercitând asupra copilului presiuni rigide, moderate sau lejere (Anthony). Evoluția recentă a obiceiurilor, răspândirea cunoștințelor referitoare la copilăria timpurie, climatul

de mai mare liberalism au atenuat mult presiunea în învățarea curățeniei asupra copiilor din țările occidentale, fapt ce va influența probabil frecvența perturbărilor legate de această funcție.

Totodată, anumite mame continuă să exercite presiuni intense asupra acestei învățări: este posibilă condiționarea precoce, încă din primul an, dar există toate riscurile ca această condiționare să cedeze exact în momentul în care copilul începe să stabilească un control personal.

1.3. — AXA RELAȚIONALĂ

Ultima axă este aceea relațională. Pe lângă maturizarea neurofiziologică și presiunea culturală, în societatea noastă în care relația mamă–copil este privilegiată și protejată, achiziția curățeniei este, în cursul celui de-al doilea și al treilea an, unul dintre elementele tranzacționate în diada mamă–copil.

Materiile fecale, și în mai mică măsură urina, vehiculează o mare încărcătură afectivă ce poate fi pozitivă sau negativă, dar rămâne legată de conținutul corpului și deci de corp ca atare. Achiziția controlului sfincterian se face datorită plăcerii expulzării mai întâi și ulterior a retenției, apoi datorită cuplului retenție–expulzare: noul control asupra propriului corp produce copilului un sentiment de triumf întărit în plus de satisfacția maternă. Natura investirii acestei funcții de retenție–expulzie, investire pulsională predominant libidinală sau predominant agresivă, depinde în mare parte de stilul de relație dintre mamă și copil care se leagă în jurul controlului sfincterian: exigența imperioasă a mamei care deposedează copilul de o parte din corpul său și primește urina și fecalele sale cu o mască de dezgust; satisfacția unei mame de a-și vedea copilul progresând și devenind autonom în aceste conduite cotidiene și îi primește urina sau fecalele cu plăcere.

În acest mod se operează trecerea de la cuplul retenție–expulzare la cuplul ofrandă–refuz sau la cuplul cadou bun–deșeu.

Studiile epidemiologice confirmă importanța acestei dimensiuni relaționale, punând în evidență frecvența tulburărilor sfincteriene și de alt tip în condițiile unei învățări inadecvate (Nourrissier).

2. — ENUREZISUL

Enurezisul se definește ca emisie activă completă și necontrolată de urină după trecerea vârstei obișnuite de maturizare fiziologică dobândită între 3 și 4

ani. Enurezisul secundar se caracterizează prin existența unei perioade anterioare de curățenie tranzitorie. Enurezisul primar succede direct perioadei de lipsă fiziologică de control. Enurezisul primar nocturn este de departe forma cea mai frecventă.

Conform ritmului nictemeral se disting enurezisul nocturn, cel mai frecvent, diurn, asociat adesea cu micțiuni imperioase, sau mixt. De asemenea, în funcție de frecvență, s-a descris enurezisul cotidian, neregulat, sau intermitent (enurezis tranzitoriu cu perioade uscate îndelungate).

Este vorba despre un simptom frecvent, ce privește 10-15% dintre copii, cu o predominanță netă la băieți (2/1). El se asociază uneori cu alte manifestări: encoprezis cel mai adesea, potomanie, imaturitate motorie. Trebuie semnalată frecvența ridicată și inexplicabilă a stenozei de pilor în antecedentele copiilor enuretici.

2.1. — DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

În mod obișnuit este simplu:

– *afecțiunile urologice*, infecțioase, iritative (calculi vezicali) sau malformative (anastomoză anormală sau ectopie a ureterelor, atrezie de meat) sunt însoțite adesea de alte semne micționale: micțiuni foarte frecvente, dificile (retard de evacuare, jet slab) sau dureroase. La cel mai mic semn de suspiciune, sunt justificate investigațiile complementare;

– *afecțiunile neurologice* (vezică neurologică cu micțiune reflexă sau prin revărsare) sunt evidente prin tulburările asociate, fie că sunt de origine infecțioasă (mielite), sau malformative (spina-bifida);

– epilepsia nocturnă poate fi mai dificil de recunoscut dacă emisia de urină constituie singura dovadă. În caz de dubiu, poate fi necesară o înregistrare electroencefalografică nocturnă.

2.2. — FACTORI ETIOLOGICI

Trebuie prezentați în funcție de diversele axe ce concură la achiziția curățeniei:

– axa interrelațiilor familiale;

– axa de dezvoltare psihoafectivă a copilului.

Așa cum se întâmplă în cazul oricărui simptom care vizează corpul copilului, se observă o strânsă interacțiune între aceste diferite axe: vicisitudinile uneia sunt estompate sau întărite în funcție de desfășurarea celorlalte axe. Astfel, un

retard în maturizarea fiziologică poate servi ca punct de amorsare a unui conflict afectiv de tip retenție–expulzare, a cărui dezvoltare își are originea fie în intensitatea vieții pulsionale a copilului, fie în suprainvestirea familială a funcțiilor excretorii.

Pornind de aici, privilegierea unui factor etiologic în raport cu altul depinde adesea de poziția teoretică a autorilor. Vom expune aici diferiții factori incriminați cel mai frecvent.

Un factor ereditar care își găsește justificarea în relativa frecvență a enurezisului familial, fără ca o transmitere genetică precisă să fi fost pusă la rândul ei în evidență. Trebuie să punctăm faptul că enurezisul a fost considerat, din perspectiva etologică, ca o resurgență patologică a unui comportament înnăscut, în mod normal reprimat; îndepărtarea acestei reprimări ar prezenta, din această perspectivă, o analogie cu marcarea teritoriului la animale.

Mecanica vezicală a enureticului a fost amănunțit studiată. Capacitatea vezicală, presiunea intravezicală nu par diferite de cele ale copilului normal. Totodată, la acești copii enuretici înregistrările citomanometrice au arătat existența unor curbe de presiune a căror dinamică este identică celei care se întâlnește la copiii mai mici (1-3 ani). Aceste constatări justifică evocarea unei *„imaturități neuromotorii a vezicii"*, a cărei importanță și frecvență variază în funcție de autori.

Somnul enureticului a făcut obiectul unor studii mai recente. Pe de-o parte, copilul enuretic are adesea vise „ude": jocuri în sau cu apă, inundații, sau pur și simplu vise de micțiune.

La nivelul calității somnului, a fost uneori incriminată profunzimea acestuia, dar înregistrările poligrafice sistematice ale somnului nu au arătat nici o diferență semnificativă în raport cu copiii non-enuretici. În ceea ce privește diferitele faze ale somnului, enurezisul survine cel mai adesea chiar înaintea apariției unei faze de somn cu vise. Faptul de a lăsa copilul în urină pare să exercite un efect de blocaj asupra apariției fazelor III și IV ale somnului profund care survin în mod normal dacă copilul este schimbat după micțiune.

În timp, micțiunea fie unică, fie repetată (o dată sau de două ori), survine la o oră sau o oră și jumătate după adormire.

Factorii psihologici rămân cei mai evidenți. Nu trebuie decât să amintim frecventa corespondență între apariția sau dispariția enurezisului și aceea a unui episod marcant în viața copilului: separare familială, nașterea unui frate mai mic, intrarea la școală, emoțiile de orice natură...

Acești factori psihologici pot acționa fie la nivelul copilului ca atare, fie la nivelul mediului familial.

Copilul și personalitatea sa

În ce privește o anumită tipologie psihologică, în manieră clasică se opun enureticii pasivi, moi, docili, cu cei care sunt agresivi, revendicativi, opoziționiști. De asemenea, a fost evocată imaturitatea și emotivitatea copiilor care suferă de „eretism vezical". În realitate, marea varietate a profilelor descrise arată slabul interes relativ.

Cât privește semnificația pe care o dobândește enurezisul în imaginația copilului, aceasta este în funcție atât de punctul de fixație al dezvoltării psihoafective căruia îi corespunde acest simptom (faza anală de retenție–expulzare), cât și de remanierile ulterioare datorate continuării acestei dezvoltări. Astfel micțiunea se îmbogățește rapid cu un simbolism sexual: utilizare auto-erotică a excitației uretrale, echivalent masturbator, agresivitate uretrală, afirmare virilă la băiat... Simptomul dobândește astfel un loc într-un ansamblu nevrotic mai amplu.

Semnalăm că anumiți autori asimilează enurezisul unui simptom de „depresie mascată", în principal datorită acțiunii imipraminei.

Anturajul copilului

Intervine în raport cu doi versanți, fie prin carență sau deficit, fie prin suprainvestire. În primul cadru, trebuie semnalată frecvența conflictelor familiale (despărțiri familiale, carențe socio-economice în sens larg) în familiile copiilor enuretici. De asemenea există o frecvență ridicată a enureticilor printre copiii care trăiesc în internate. Pe de altă parte, este frecventă suprainvestirea funcției sfincteriene de către părinți: așezarea pe oliță precoce și intempestivă, ritualizarea mai mult sau mai puțin coercitivă (pe oliță la interval de o oră...). Acest fapt se observă în special la mamele obsesionale sau fobice, care au nevoie de un cadru educativ bine delimitat, lipsit de respect pentru ritmul propriu al copilului. Astfel este conflictualizată această funcție sfincteriană: angoasa, teama, sentimentul de culpabilitate sau rușine, opoziția vor acompania progresiv micțiunea.

Existența ca atare a enurezisului poate modifica atitudinea familială și astfel să perenizeze conduita patologică, fixând-o. Răspunsul familial poate să se producă în registrul agresivității: pedeapsă, amenințare, ironizare, sau chiar violență fizică, sau dimpotrivă, printr-o complezență protectoare: plăcerea de a schimba așternuturi, de a spăla copilul, imposibilitatea de îndepărtare (fără tabere școlare, fără vizite la prieteni...) datorită complicațiilor ocazionate.

Simptomul se fixează în acest mod, fie prin existența unor beneficii secundare, fie pentru că se înscrie într-un conflict nevrotic ce se organizează treptat.

Asocieri psihopatologice

— ÎNAPOIERE MINTALĂ. — Enurezisul este cu atât mai frecvent cu cât debilitatea este mai profundă. Această asociere subliniază *a contrario* importanța maturității neurofiziologice.

— PSIHOZA. — Simptom frecvent în cadrul unui ansamblu mult mai vast de perturbări.

— NEVROZA. — Dimensiunea simbolică a enurezisului este reperabilă în mod particular și ajută la înțelegerea sa.

2.3. — TRATAMENT

Depinde de contextul psihologic. În majoritatea cazurilor, enurezisul dispare în a doua copilărie: aprecierea eficacității terapeutice trebuie să țină cont de acest aspect. Diversele măsuri terapeutice se adresează copiilor mai mari de patru ani și jumătate.

Măsuri generale. — Constau în corectarea măsurilor educative nefaste: învățarea prea precoce sau rigidă, excesul de precauții (așternuturi, chiloței, scutece, aleze multiple, îngrijiri intime repetate...).

Moderarea consumului de lichide seara, fără ca acesta să ia un aspect excesiv, igiena de viață cu practicarea unui sport (natație) pentru copiii inactivi.

Aceste măsuri necesită participarea familiei, dar și abandonarea eventuală a pozițiilor care ar reflecta conflictele nevrotice materne, care altfel spus nu sunt întotdeauna ușor de obținut!

Motivarea copilului

Informarea copilului asupra funcționării urinare este fundamentală. Demistificarea simptomului, oferirea posibilității copilului de a nu mai trăi ca o victimă supusă și vinovată. Desenele, explicarea traiectului urinei de la gură până la sfincter pot fi utile.

Participarea copilului la rezultate prin notarea într-un caiet merge în sensul acestei motivații, fără ca aceasta să devină un comportament obsesional.

Trezirea nocturnă

Trezirea de către părinți la ore regulate. — După o micțiune completă la culcare, copilul este trezit complet după o oră, o oră și jumătate de la adormire,

timp de trei săptămâni sau o lună, întârziind în fiecare noapte trezirea cu aproximativ 15 minute.

Trezirea cu ajutorul unui dispozitiv sonor a cărui declanșare se datorează conductibilității așternutului încă de la emiterea primelor picături de urină. Este preferabil ca acest dispozitiv să nu fie utilizat înainte de 7-8 ani. Intensitatea zgomotului poate să creeze probleme (fratrie, vecini) și să reducă utilizarea dispozitivului. Totodată, atunci când copilul acceptă acest aparat, asistăm la o diminuare rapidă a numărului de sonerii, iar apoi la treziri spontane.

Prescrierile de medicamente. — Produsele din seria antidepresivelor au totodată o acțiune anticolinergică periferică, relaxând musculatura netedă a vezicii (detrusor), și o acțiune stimulantă asupra sistemului nervos central. Este preferabil ca aceste produse să nu fie prescrise înainte de 6 ani. În mod obișnuit se propune imipramina, de două ori pe zi (la ora 16 și la culcare).

Desmopresina (analog al hormonului antidiuretic) în pulverizator nazal prezintă o eficacitate similară (70-80% din cazuri). În cele două cazuri, tratamentul se prescrie în cure de una până la trei luni maximum, repetând o dată sau de două ori tratamentul dacă simptomul reapare. În cazul persistenței simptomului este preferabil să nu fie prelungite tratamentele medicamentoase și să se opteze pentru o abordare psihoterapeutică.

Psihoterapiile. — Acestea se adresează cazurilor în care contextul nevrotic este în prim plan, sau este cel puțin atunci când prevalează determinanții psihologici:

– fie o psihoterapie scurtă, asociind atitudini explicative, sugestive și interpretări care clarifică semnificația simptomului;

– fie psihoterapie clasică sau psihodramă, atunci când tratamentele anterioare au eșuat, când apar manifestările nevrotice (anxietate, conduită fobică sau obsesională) sau când enurezisul accentuează o relație de dependență sau o suferință psihică (rușine, devalorizare). În aceste forme abordarea psihoterapeutică, centrându-se pe semnificația oedipiană a simptomului, permite adesea o ameliorare a simptomelor nevrotice chiar dacă enurezisul propriu-zis este frecvent o manifestare foarte rezistentă.

3. — ENCOPREZISUL

Encoprezisul este o defecare în chilot la un copil care a depășit vârsta obișnuită de achiziție a curățeniei (între 2 și 3 ani).

Se distinge encoprezisul primar, fără o fază anterioară de curăţenie, şi encoprezisul secundar, mult mai frecvent, după o fază mai mult sau mai puţin îndelungată de curăţenie. Este aproape exclusiv diurn. Astfel, spre deosebire de enurezis, forma cea mai frecventă este encoprezisul secundar diurn. Raportul este în medie de trei băieţi la o fată. Vârsta de apariţie a simptomului se situează de obicei între 7 şi 8 ani. Frecvenţa este estimată la aproximativ 1,5 până la 3% în funcţie de vârstă. Se asociază adesea cu enurezisul (25% din cazuri) care uneori este diurn. Encoprezisul şi enurezisul pot fi concomitente sau se succed pe perioade alternative.

Studiul seriilor suficient de importante nu a relevat alte asocieri caracteristice; nu există în mod deosebit un antecedent somatic semnificativ mai frecvent la copiii encopretici. Nici nu se regăsesc antecedente familiale. Trebuie deosebit encoprezisul de incontinenţele anale care se observă în anumite sindroame neurologice (sindromul coadă de cal) şi în encefalopatiile severe.

3.1. — STUDIU CLINIC

Aspectul fecalelor este variabil. — Pot fi fecale bine mulate, evacuate complet în chilot, fecale apoase, moi, abundente, care umplu chilotul şi curg în pantalon, sau simple „scăpări" scurgeri care pătează lenjeria.

Ritmul este şi el variabil. — Cotidian sau pluricotidian, encoprezisul este totuşi adesea intermitent, net scandat de episoadele din viaţa copilului: vacanţe, separări de mediul familial, şcoală. Uneori este reperabilă o anumită regularitate a orei şi locului (Marfan vorbea de o „defecare involuntară a şcolarilor"), dar acest fapt nu este constant.

Condiţiile de defecare nu sunt întâmplătoare. Anumiţi copii se izolează şi se lasă absorbiţi într-o activitate care nu este foarte diferită de conduita obişnuită a copiilor care merg la W.C. Alţii evacuează fecalele fără a-şi întrerupe activităţile; în fine, alţii le lasă să scape în timp ce aleargă, în drum spre toaletă. Caracterul voluntar sau nu al encoprezisului rămâne un subiect discutabil. Atunci când este întrebat, copilul pune întotdeauna înainte incapacitatea de a se controla, dar anumite observaţii infirmă uneori caracterul involuntar. La fel se întâmplă şi cu conştiinţa defecării. Unii copii afirmă că „nu simt nimic", alţii declară că simt în mod normal fecalele, dar sunt incapabili să le reţină.

Raportul copilului cu fecalele merită să fie întotdeauna atent urmărit:

– uneori copilul pare indiferent faţă de simptom, doar mirosul care deranjează anturajul revelându-i existenţa;

– adesea însă copilul dezvoltă conduite de disimulare, chiar de acumulare: chiloţii sunt ascunşi sau aranjaţi într-un sertar sau sub un dulap. Foarte rar, copilul încearcă disimularea encoprezisului spălându-şi chilotul. Cel mai adesea aceste conduite sunt însoţite de un sentiment de ruşine şi sunt ascunse cu grijă de anturaj, mai puţin faţă de mamă.

În fine, mai rar, copilul poate să aibă un comportament provocator, exhibându-şi lenjeria murdară, indiferent de observaţiile sau represaliile anturajului.

3.2. — FACTORI ETIOLOGICI

Mai mult decât în cazul enurezisului, dimensiunea relaţională şi psihologică se află în prim plan în constituirea unui encoprezis. Totuşi, pot interveni şi alţi factori.

Perturbări fiziologice

Studiile asupra tranzitului intestinal, a mecanicii sfincterului anal, a presiunilor asupra ampulei rectale, a sensibilităţii mucoasei anale nu au pus în evidenţă nici o anomalie organică sau funcţională. Totuşi, unii autori disting un encoprezis cu rectul vid şi un encoprezis cu rectul plin, mai frecvent, acompaniat sau nu de fecaloame sigmoidiene. Tuşeul rectal, radiografia abdominală fără pregătire permit descoperirea acestor fecaloame. Prezenţa lor obiectivează retenţia materiei fecale şi ridică problema asocierii encoprezisului cu constipaţia. S-a avansat ipoteza că encoprezisul ar fi un fel de defecare prin „debordare" sau „scăpare", pentru că sensibilitatea şi motricitatea normală a ampulei rectale ar fi perturbată prin acumularea materiilor reţinute în acest mod. Probele explorărilor dinamice nu au confirmat această ipoteză.

Personalitatea copilului

Nu există un profil psihologic univoc, dar trăsăturile patologice de personalitate par mai clare decât în cazul enurezisului. Astfel, s-au descris:

– copii pasivi şi anxioşi care îşi manifestă agresivitatea în mod imatur. Este tipul „vagabond" descris de M. Fain;

– copii opoziţionişti, cu trăsături obsesionale, la care encoprezisul ia alura unui refuz de a se supune normei sociale (tipul „delincvent" descris de M. Fain);

– în fine, encoprezisul se poate înscrie în cadrul unei conduite în care domină dimensiunea perversă: regresia sau fixaţia la un mod de satisfacere arhaic, centrat simultan pe retenţie şi apoi erotizarea secundară a conduitei deviante.

La nivelul investigației psihanalitice, regăsim la copilul encopretic o fixație anală importantă în care sunt investiți în mod particular când polul expulzare-agresiune, când polul retenției. Datorită particularităților constelației familiale pe care o vom vedea în paragraful următor, copilul pare să stabilească un raport privilegiat cu mama, de tip pregenital, obiectul schimburilor fiind „penisul anal", întrucât „penisul patern" pare fantasmatic inaccesibil.

Familia

Prezintă o serie de particularități centrate în jurul relației mamă–copil. În realitate, tații sunt adesea timizi și rezervați, chiar complet șterși, intervenind puțin în relația mamă–copil.

La nivelul mamelor, par să existe niște trăsături distinctive. Acestea sunt adesea anxioase, emotive, supraprotective și maschează această anxietate fie în spatele unei conduite destul de rigide în ceea ce privește educația sfincteriană (așezat pe oliță încă din primele luni), fie în spatele unei preocupări excesive la nivelul „evacuărilor" copilului lor (supravalorizarea defecării cotidiene, clisme și supozitoare imediat ce nu s-a produs defecarea cotidiană). În raport cu simptomul, se instaurează adesea o adevărată complicitate secundară între copil și mama sa, având ca obiect fie îngrijirile corporale, fie schimbarea chiloților murdari.

La nivel psihosocial, sunt frecvente disocierile familiale; schimbările în organizarea familială marchează adesea debutul encoprezisului: începerea serviciului de către mamă, intrarea la școală, nașterea unui copil mai mic.

3.3. — EVOLUȚIE

Depinde de profunzimea conflictului care se organizează în jurul acestui simptom, adică, pe de-o parte, de gravitatea organizării nevrotice materne, iar, pe de altă parte, de remanierile sau devierile pe care le suscită dezvoltarea copilului ca atare.

Un mare număr de encopreze dispar spontan după o perioadă de câteva săptămâni sau luni. Cele care persistă mai mulți ani sunt întotdeauna forme grave prin frecvență, dimensiune psihopatologică net perceptibilă (numeroase trăsături de caracter anale) și prin patologia familială (carență socio-educativă majoră, absența tatălui).

Pe termen lung, simptomul sfârșește întotdeauna prin a dispărea la adolescență, dar cel mai adesea pentru a lăsa locul unor trăsături net caracteriale sau nevrotice: griji excesive legate de curățenie, parcimonie sau avariție, meticulozitate, indecizie, tendința de a strânge...

3.4. — TRATAMENT

Trebuie evitate tratamentele simptomatice și diversele manevre care se centrează în jurul sfincterului anal. Totuși, pentru anumiți autori, fecaloamele importante prezente în ampula rectală modifică profund sensibilitatea mucoasei, și trebuie evacuate prin clisme prudente. Totuși aceste manipulări trebuie reduse la maxim.

Acțiunea terapeutică trebuie să includă familia. Dacă părinții devin capabili să pună în relație simptomul copilului și funcționarea familiei și să aducă unele corecții comportamentale necesare, cel mai adesea simptomul va dispărea.

Atunci când encoprezisul se înscrie într-un conflict nevrotic deja organizat, trebuie propusă o psihoterapie individuală de tip analitic. Separarea de mediul familial modifică adesea simptomul, dar efectul este temporar. Totuși, atunci când organizarea familială este net patologică și fixată, ea poate constitui una dintre etapele abordării terapeutice globale.

4. — CONSTIPAȚIA PSIHOGENĂ ȘI MEGACOLONUL FUNCȚIONAL

În absența oricărei cauze organice, constipația reprezintă un motiv de îngrijorare frecvent pentru unul dintre părinți: asta cu atât mai mult cu cât dobândirea curățeniei sfincteriene se face într-un mod conflictualizat. Scaunul copilului punctează fiecare zi ca un cadou eliberator pentru angoasa parentală, la fel cum absența sa și, în consecință, retenția în abdomen, amenință integritatea corpului copilului.

Această supra-investire a fecalelor este în mod evident percepută de către copil, care își exercită controlul asupra exonerărilor, și nu întotdeauna în sensul dorit de părinți. Astfel, după o învățare reflexă, întotdeauna posibilă, după defecarea la o vârstă prea timpurie (încă din primul trimestru de viață, cum s-a întâmplat în câteva creșe sau în cazul unor mame foarte rigide) survine în mod inevitabil o „întoarcere la murdărie" care pentru copil este un mijloc de a-și lua în stăpânire corpul, în vreme ce pentru mamă este semnul unei opoziții. Foarte repede, într-un astfel de context, riscă să se instaleze o constipație tenace. Reacția parentală prin intermediul manipulărilor anale: termometru, supozitoare sau chiar excitarea anusului cu degetul, nu face decât să fixeze și mai mult supra-investirea acestei zone și a acestei conduite.

Numeroase constipații rămân izolate, putând persista de-a lungul unei mari

părți a copilăriei. În alte cazuri, simptomatologia se amplifică printr-un encoprezis care cel mai adesea este tranzitoriu. În cazurile extreme se constituie tabloul de megacolon funcțional.

Acest megacolon trebuie diferențiat de megacolonul secundar unui obstacol (congenital prin îngustare, sau dobândit de tip tumoral) și de megacolonul congenital din maladia Hirschsprung (absența celulelor ganglionare din plexul nervos al mucoasei extremității colice).

În megacolonul funcțional, constipația survine în al doilea semestru și persistă. Studiul radiologic a arătat că defecarea se produce într-un fel în sens invers (M. Soulé): atunci când fecalele ajung la sfincterul anal, contracția nu conduce la evacuare, ci la reîmpingerea fecalelor în sigmoid și colonul stâng. Acumularea fecalelor provoacă dilatarea colică foarte bine vizibilă la clisma barică.

Este esențială recunoașterea timpurie a acestui mecanism și diferențierea constipației psihogene de alte tipuri de constipație, pentru că dacă aceste diverse manevre exploratorii sunt foarte justificate la începutul acestor tulburări, repetarea lor abuzivă va avea același efect de fixare a simptomului ca și atitudinea parentală deja descrisă.

În plan psihopatologic, se pare că această disfuncție fiziologică este pusă la început în serviciul unei investiri „cvasi-perverse" a funcției: controlul astfel dobândit asupra obiectului intern permite într-o primă etapă evitarea angoasei de pierdere (nivel fobic). Într-o a doua etapă, se produce o erotizare secundară a contracției sfincteriene și a excitației mucoasei în cursul acestei funcționări inverse, care a putut fi apropiată de excitația masturbării. În același timp, copilul își experimentează atotputernicia asupra corpului său și asupra mediului, a cărui îngrijorare este pentru el sursă de beneficii secundare.

Această funcționare auto-erotică a zonei anale, împreună cu pulsiunea puternică de stăpânire a obiectului, ce pare să-i fie caracteristică, se apropie de ceea ce se poate observa la bebelușii mericiști (M. Soulé) (v. p. 408).

În plan familial, Soulé a remarcat rolul important al tatălui, deosebit de îngrijorat în fața constipației, dar care în același timp pare dezinteresat de encoprezisul frecvent asociat. Pare să se organizeze o veritabilă complicitate tată–copil în jurul exonerării.

În viziunea lui Soulé, atitudinea terapeutică constă în a-i explica cât mai bine copilului mecanismul activ al constipației sale și al satisfacțiilor „cvasi-masturbatoare" pe care le are, fără a-l acuza sau culpabiliza. Pornind de aici se poate obține din partea copilului o defecare regulată ce suprimă constipația, encoprezisul și, în fine, megacolonul funcțional.

BIBLIOGRAFIE

BOURGUIGNON A., GUILLON F.: Application d'une hypothĕse éthologique ŕ l'énurésie. *Psychiatrie enfant,* 1977, 20 (1), 223-244.

DUCHE D.J.: *L'énurésie*. PUF, Paris, 1968, *„Que sais-je?"*.

KOHLER C., CAREL A.: L'encoprésie. *Annales médico-psych.* 1971, 2 (4), 497-507.

KREISLER L., FAIN M., SOULE M.: Encoprésie et mégacôlon fonctionnel. *In: L'enfant et son corps*, PUF, 1974, 213-290.

KREISLER L.: L'énurésie. EMC, Paris, 1977, *Pédiatrie*, 4101 G 95.

LAUNAY C., LAUZAMME K.: L'encoprésie. *Rev. Neuropsych. inf.*, 1970, 18 (9), 635-662.

LEVINE M.: Children with encopresis: a descriptive analysis. *Pediatries*, 1975, 56 (6), 412-416.

SOULE M., SOULE N.: *L'énurésie*, ESF, Paris, 1967.

TRIDON P. & coll.: L'encoprésie (série d'articles), *Neuropsychiat. enf.*, 1983, 31, 4, 193-215.

9 PSIHOPATOLOGIA FUNCȚIILOR COGNITIVE

1. — GENERALITĂȚI

Experiența clinică arată cât este de artificială separarea dintre ceea ce numim starea afectivă și funcțiile cognitive, deoarece perturbările dintr-unul din aceste domenii sfârșește de obicei prin a se repercuta asupra celuilalt: astfel, perturbările afective grave sunt însoțite întotdeauna, pe termen lung, de tulburări cognitive. La fel, este excepțional ca deficiența intelectuală să nu se complice cu unele dificultăți afective, cu atât mai grave cu cât deficiența este mai profundă.

Totodată, claritatea didactică face necesară această separare pe care realitatea clinică o justifică în parte: dacă este evident, așa cum spuneam, că există o influență reciprocă între linia cognitivă și linia afectivă, este de asemenea evident că anumiți copii prezintă o deficiență intelectuală electivă. În ultima parte a paragrafului consacrat debilității mintale, vom încerca, urmându-l pe Misès, să propunem o analiză psihopatologică a raporturilor dintre aceste două linii.

În prealabil, este importantă o definire a acestor funcții cognitive, termeni pe care noi îi preferăm în locul celui de „inteligență". Binet, promotorul primului test de inteligență, avea obiceiul, atunci când era întrebat „Ce este inteligența?", să răspundă: — după cum se spune — *„este ceea ce măsoară testul meu"*! El își dovedea prin acest răspuns atât umorul, cât mai ales dificultatea de a defini inteligența. Urmându-l pe Daily, vom spune că inteligența este *acea activitate care permite ființei umane învățarea, cunoașterea, utilizarea cunoștințelor, creația, adaptarea la lume și controlarea acesteia"*. De partea sa, Piaget a arătat că nu ne putem limita la un simplu studiu cantitativ al inteligenței (nivelul performanțelor evaluate prin QI), ci este indispensabil un studiu calitativ care ia în considerare modalitățile de raționament, tipul de structură logică subiacent. În fine, autori ca Zazzo sau Misès au dorit să fie integrate noțiunii de inteligență nu numai eficiența școlară, ci și o serie de valori, cum sunt capacitatea de integrare socială sau de înțelegere a relațiilor interindividuale.

Aceste abordări diferite ale funcțiilor cognitive explică multitudinea și varietatea „testelor" care le pot evalua. După cercetările lui Binet, numeroși autori au propus o serie de tehnici de evaluare ce pot fi împărțite foarte schematic în două tipuri:

– metoda psihometrică izvorâtă din cercetările lui Binet;
– metoda clinică izvorâtă din cercetările lui Piaget.

Înainte de a prezenta pe scurt diferitele teste, ar fi util, când vorbim despre teste cognitive, să distingem două registre: cel al funcțiilor de realizare și cel al funcțiilor apetitive. Prin „funcție de realizare", înțelegem ansamblul echipamentului neurofiziologic de bază, precum și evoluția maturizării acestui echipament. Asta înseamnă că însăși structura sistemului nervos central, echipamentul genetic care îl determină, vicisitudinile embriogenezei sale, sunt factori ce trebuie luați în considerare. Dar în această funcție de realizare intervine și procesul de maturizare individuală. Astăzi se știe că anumite achiziții cognitive sunt posibile, și sunt cu atât mai facile cu cât ele corespund unor stadii genetice de o sensibilitate deosebită. Odată depășit acest stadiu privilegiat, achiziția devine imposibilă sau denaturată. Acest proces a fost pus în mod special în evidență de cercetările lui Piaget, ale cărui descoperiri pot fi apropiate de etologi de procesul de amprentă.

Nu vom relua aici studiul dezvoltării normale a inteligenței și a diverselor sale faze, senzorio-motorie, preoperatorie, operatorie concretă și formală studiate în capitolul asupra dezvoltării normale (v. cap. 1, 3.), dar vom reaminti că teoriile lui Piaget au la bază principiul fundamental al unei succesiuni strict invariabile a acestor stadii: accederea la stadiul următor necesită integrarea stadiului precedent, orice perturbare a unuia antrenând perturbări ale celuilalt.

În ceea ce privește funcția „apetitivă", ea reprezintă energia necesară pentru buna funcționare a funcției de realizare. Încumetându-ne la o analogie mecanică, am putea spune că un automobil nu poate avansa decât cu ajutorul unui motor și al combustibilului, motorul fiind echivalentul funcției de realizare, iar combustibilul fiind cel al funcției apetitive. Ce anume subîntinde această investire a funcțiilor cognitive?

Pentru Piaget, afectivitatea concepută ca intenționalitate, ca pulsiune de a acționa, furnizează energia necesară funcțiilor cognitive: *„ea atribuie o valoare activităților și îi conferă energia"*. Teoria psihanalitică acordă un spațiu amplu acestei afectivități înțelese în sensul său cel mai larg. Astfel, investirea proceselor secundare, marcată de capacitatea de a amâna satisfacția, de a o îndepărta atât în timp cât și în spațiu (alt moment și/sau alt loc), reprezintă baza pe care se elaborează procesele cognitive. Totodată, pentru ca bebelușul, și apoi copilul mic, să investească aceste procese secundare, trebuie ca, pe de-o parte, la nivelul anturajului spațiul și timpul să fie în mod regulat investite (este vorba aici de

permanenţa îngrijirilor materne, singurele care permit bebeluşului să acceadă la noţiunea de permanenţă a obiectului: v. cap. 1, 4.4.) şi, pe de altă parte, ca Eul copilului să găsească o plăcere sporită în amânarea satisfacţiei. Această capacitate de a amâna satisfacţia provine atât din plăcerea anticipării mintale (plăcere halucinatorie), cât şi din plăcerea obţinută de Eul copilului prin planificarea acţiunii sale, de a deveni treptat stăpân. În acest mod se pot institui mecanismele de deplasare şi de sublimare, care sunt tocmai bazele distribuirii energiei pentru procesele cognitive.

Astfel, este nu numai schematică, dar şi falsă opoziţia dintre funcţia intelectuală şi funcţia afectivă care s-ar dezvolta, fiecare, într-o manieră cvasi-mecanică, ignorându-se una pe cealaltă. Evoluţia şi maturizarea lor nu pot fi înţelese decât în cadrul unei dialectici a schimburilor reciproce.

2. — EVALUAREA FUNCŢIILOR COGNITIVE

La cererea ministrului Instrucţiei Publice, pentru a elabora statutul înapoiaţilor mintal în cadrul unei şcolarizări devenite treptat obligatorie, Alfred Binet a propus, în 1905, o „Scală metrică a inteligenţei" — strămoş al tuturor testelor de evaluare ulterioare. Completată de mai multe ori, această scală avea să fie cunoscută mai târziu sub denumirea de „testul Binet-Simon", care introducea două noutăţi:

- posibilitatea de a situa copiii patologici într-o ierarhie „cifrată" a deficitului mintal;
- posibilitatea de a depista încă de la începutul şcolarizării anumite deficienţe intelectuale care, până la intrarea la şcoală, au trecut neobservate.

Oricare ar fi criticile aduse ulterior acestui test şi celor care i-au urmat, este incontestabil faptul că el aducea educatorilor şi pedagogilor un instrument de măsură fiabil, fapt ce i-a adus succesul înainte chiar de a se pune problema naturii a ceea ce se măsura. Ulterior, s-au pus la punct diverse teste, urmărindu-se două aspecte: prin unele, care se înscriau în aceeaşi perspectivă ca şi testul Binet-Simon, se căuta rafinarea evaluării fie pentru o categorie de vârstă, fie pentru o aptitudine specifică; prin altele, se căuta abordarea naturii proceselor intelectuale (Piaget). Regăsim aici distincţia dintre testele psihometrice şi probele clinice.

Vom face precizarea că în acest paragraf facem o scurtă trecere în revistă a testelor, în care le vom prezenta caracteristicile esenţiale, domeniul de validitate şi limitele. Nu ne propunem să prezentăm în detaliu aceste teste, nici tehnica de aplicare a lor, pe care le găsim în manuale specializate.

2.1. — EVALUAREA PSIHOMETRICĂ: NIVELUL DE PERFORMANŢĂ

Absenţa unui limbaj suficient înainte de 3-4 ani constituie o limită care permite distingerea testelor pre-verbale bazate în mod esenţial pe studiul dezvoltării psihomotorii, de testele în care intervine în manieră amplă limbajul, în a doua copilărie.

Testele pre-verbale de dezvoltare psihomotorie

Testele Gessel, Brunet-Lézine şi Casati-Lézine evaluează o serie de performanţe motorii etalonate pentru fiecare vârstă. Fiecărei serii i se poate atribui nu numai o vârstă de dezvoltare (VD), ci şi un coeficient de dezvoltare (QD), prin raportarea vârstei de dezvoltare la vârsta reală.

Dacă aceste „baby-tests"[14], cum au fost numite, permit situarea dezvoltării psihomotorii a unui bebeluş sau a unui copil mic în raport cu o medie, ele nu constituie în nici un caz un echivalent al coeficientului intelectual (QI). De fapt, există o slabă corelaţie între QD din copilăria timpurie şi QI de la adolescenţă ale aceluiaşi copil.

Vârsta de aplicare. — Pentru ultima versiune a testului Brunet-Lézine, este de la câteva luni la 5 ani.

Teste pentru a doua copilărie

Binet-Simon, Terman-Merill, NEMI

Am regrupat aceste teste întrucât toate provin din testul Binet iniţial, după diverse revizuiri. Vom cita:

- revizuirea americană (1937): Terman-Merill;
- revizuirea franceză din 1966: Noua Scală Metrică de Inteligenţă (NEMI) realizată de Zazzo.

Aceste teste regrupează diverse probe fără a ţine cont de funcţiile intelectuale la care fac apel. Versiunile cele mai recente au fost etalonate pe copii normali: astfel, etalonarea de la NEMI se bazează pe un grup de 550 de copii de ambele sexe „prelevate" aleatoriu din paisprezece grupuri şcolare din Paris (Zazzo, 1966).

— Rezultate. — Se exprimă în raport cu vârsta şi traduc gradul de dispersare raportat la o medie de vârstă. Este vorba deci despre scale de vârstă care, pentru fiecare copil, traduc întârzierea sau avansul în dezvoltarea intelectuală. Astfel, pentru fiecare probă este definită o vârstă mentală, atunci când majoritatea copiilor

[14] În engleză în text. (n. t.)

cu o anumită vârstă reuşesc această probă, în timp ce majoritatea copiilor cu vârsta imediat inferioară eşuează la ea.

Un copil de 6 ani va avea o vârstă mentală de 6 ani dacă reuşeşte la probele pe care le reuşesc în mod normal majoritatea copiilor cu vârsta de 6 ani, sau va avea o vârstă mentală de 4 ani şi jumătate dacă nu reuşeşte decât probele pe care le reuşesc în mod normal majoritatea copiilor în vârstă de patru ani şi jumătate şi eşuează la probele reuşite de majoritatea copiilor în vârstă de 5 ani etc. În realitate, foarte repede s-a dovedit mai uşor ca rezultatele să fie exprimate în termenul de coeficient intelectual (QI).

— COEFICIENTUL INTELECTUAL. — Este raportul:

$$QI = \frac{\text{Vârsta mentală (VM)}}{\text{Vârsta cronologică (VC)}}$$

Acest QI ilustrează imediat gradul de dispersie (întârziere sau avans) a vârstei mintale a unui copil în raport cu vârsta sa cronologică sau, cum spunea Zazzo, în raport cu vârsta mintală medie a copiilor de aceeaşi vârstă. Pentru acest autor, în realitate prin această metodă se stabileşte un „coeficient de vârstă". Vom vedea la sfârşitul acestui paragraf problemele pe care le ridică utilizarea QI.

— LIMITE DE VALIDITATE. — Pentru mulţi autori, aceste teste acordă un loc prea important achiziţiilor şcolare, în special testul Binet-Simon (să amintim că Binet a etalonat testul său la cererea ministrului Instrucţiei Publice pentru a repera copiii inapţi să urmeze această instrucţie). Rolul mediului social, afectiv şi cultural este prea important şi la fel şi al limbajului, în special după 7 ani. Testul Binet-Simon este utilizabil între 4 şi 10 ani. Testul Terman-Merill poate fi utilizat până la vârsta adultă.

WISC şi WISPP

Aceste probe îşi au originea în *Wechsler-Bellevue* pentru adulţi, care nu se utilizează decât începând de la 12 ani. WISC (*Wechsler Intelligence Scale for Children*[15]) este aplicabil începând de la 6 ani, iar WISPP (*Wechsler Intelligence Scale for Preschool Period*[16]) este aplicabil între 4 şi 6 ani. Interesul acestor teste este acela de a face o distincţie între probele care fac apel la limbaj şi celelalte. Astfel, WISC conţine 6 sub-teste verbale (informaţie – comprehensiune – aritmetică – similitudine – vocabular – repetare de cifre) şi 6 sub-teste numite de „performanţă" (imagini lacunare – ordonare de imagini – cuburi Kohs – asamblare de imagini – cod – labirint). Combinând între ele sub-testele fiecărei scale se obţine o notă verbală şi o notă pentru performanţă a căror combinare dă o notă generală.

— REZULTATE. — Aceste teste sunt construite în aşa manieră încât notarea rezultatelor obţinute de un copil conduce la dispersia în abatere standard ce separă acel copil de media corespunzătoare vârstei sale. Vârsta de raportare nu este deci diacronică (dispersie în raport cu vârsta de dezvoltare), ci sincronică (dispersie în raport cu o medie relativă într-un grup de vârstă).

— COEFICIENTUL INTELECTUAL. — Traduce expresia statistică a construcţiei testului. Prin definiţie, un QI de 100 corespunde percentilului 50, fiecare abatere standard (AS) traducând o diferenţă de 15 puncte în raport cu această medie. Este vorba deci despre un „QI standard" în opoziţie cu „QI de vârstă" rezultat prin testul Binet-Simon. Se defineşte un QI verbal (QIV) ce corespunde probelor verbale, un QI performanţă (QIP) şi un QI global (QIG) din combinarea celor două precedente.

— LIMITE DE VALIDITATE. — Am precizat deja limitele de vârstă: WISPP 4-6 ani, WISC 6-12 ani, Wechsler-Bellevue după 12 ani. Existenţa a două scale, verbală şi de performanţă, a avut ca obiectiv temperarea preponderenţei factorului verbal din testele precedente. În realitate, fiecare serie reprezintă un test specific. Avantajul este acela al depăşirii noţiunii unui QI global pentru a se interesa mai degrabă de profilul obţinut la această baterie de sub-teste: profil omogen sau, dimpotrivă, heterogen. Vom vedea, referitor la debilitate, importanţa acestui factor de heterogenitate.

Teste instrumentale

Sunt foarte numeroase, dar noi le vom cita aici numai pe cele mai utilizate în clinică. Scopul lor este explorarea unui domeniu mai precis al funcţiilor cognitive, fiind centrate fie pe schema corporală, fie pe organizarea spaţială, organizarea limbajului etc. Vom cita:

– TESTUL DE INIŢIERE A GESTULUI BERGÈS-LÉZINE. — Pentru explorarea cunoaşterii schemei corporale la copiii cu vârsta între 3 şi 10 ani;

– TESTUL BENDER care explorează organizarea grafoperceptivă a copiilor cu vârsta între 4 şi 7 ani;

– FIGURA REY (v. fig. 4). — Se cere copilului să reproducă desenul având-l în faţa sa. Acest test explorează organizarea spaţială, capacitatea de atenţie şi memoria imediată;

[15] În limba engleză în text. (n. t.)

[16] Ibid.

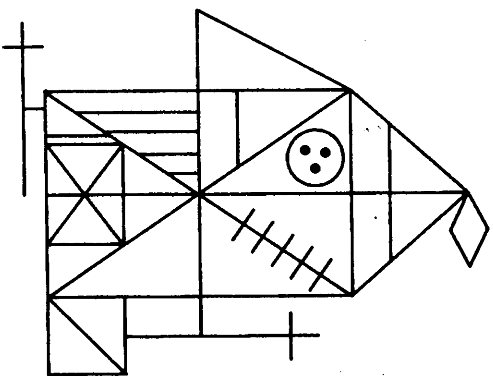


Fig. 4. – *Figura Rey*

– TESTUL BENTON. — Probă de organizare vizualo-motorie şi de evaluare a memoriei recente (reproducerea figurilor geometrice după 10 secunde de observare). Este aplicabil după vârsta de 8 ani.

Vom reaminti doar numeroasele teste pentru limbajul oral şi scris (Borel-Maisonny, C. Chassagny, testul Ciocârliei) care au fost studiate în capitolul consacrat psihopatologiei limbajului.

Teste care fac să intervină socializarea

Numeroşi autori s-au preocupat nu numai de intervenţia capacităţii intelectuale în termeni de performanţă individuală, ci şi de ceea ce se poate numi „competenţă socială“, caracterizată atât prin capacitatea de autonomie a principalelor conduite socializate, cât şi de calitatea factorilor relaţionali, un fel de maturitate socială. Aceste cercetări îşi au originea în constatarea clinică frecventă a unui decalaj între nivelul intelectual, aşa cum este el definit de testele clasice, şi o capacitate de inserţie socială satisfăcătoare, cel puţin la anumiţi copii debili. Se ştie de asemenea că un număr important de copii consideraţi debili de către Educaţia naţională, îşi vor găsi la vârsta adultă o inserţie socio-profesională realmente satisfăcătoare, şi nu vor mai fi apoi consideraţi ca debili.

Împotriva acestei preponderenţe a evaluării performanţelor individuale în detrimentul „competenţei sociale“ au reacţionat o serie de autori ca Zazzo sau Misès şi Perron-Borelli, propunând noi scale de evaluare.

Scala de dezvoltare psihosocială (DPS) propusă de Zazzo

Această scală cuprinde trei părţi ce permit definirea unui nivel global de DPS, dar şi un profil de dezvoltare:

– achiziţia autoconducerii: capacitatea de a se descurca singur (alimentare, toaletă, îmbrăcare, activităţi şcolare, deplasare, ieşire);

– evoluţia intereselor (interesul pentru cărţi, viaţa socială: sport, activitate culturală...);

– relaţii interindividuale, în final (relaţiile cu părinţii, cu alţi copii).

A fost etalonată pornind de la un grup de băieţi normali cu vârsta între 5 şi 12 ani.

Scala diferenţială de eficienţă intelectuală (EDEI) propusă de Misès şi Perron-Borelli

Răspunzând necesităţii de a dispune de un test care să permită o discriminare mai fină a zonelor de debilitate profundă şi severă, ansamblul EDEI este compus din cinci scale: cunoştinţe – comprehensiune socială – conceptualizare – analiză categorială – adaptare concretă, şi din două scale complementare de vocabular: denumire de imagini – definiţie. Primele trei scale sunt constituite din probe verbale, iar următoarele două din probe non-verbale.

Acest test a fost etalonat pornind de la o populaţie de fete cu vârsta între 8 şi 11 ani.

Rezultatele sunt exprimate în vârstă mintală (VM) şi un coeficient de dezvoltare (QD) fie global, fie pe scală. Cum aceste probe (DPS şi EDEI) sunt destinate în special analizei diferenţiale a copiilor debili, vom prezenta rezultatele lor în cadrul paragrafului următor.

Reflecţii asupra coeficientului intelectual: principiile de utilizare

Este inutil să revenim aici prea mult asupra numeroaselor dispute pe care le-a suscitat QI, unii chiar acuzând aceste teste că ar fi în principal în serviciul unei societăţi burgheze represive (M. Tort). Fără a intra în polemică, am dori să precizăm principiile unei utilizări corecte a QI şi a limitelor sale.

În primul rând, QI trebuie evaluat în funcţie de contextul clinic, o evaluare optimă necesitând o bună adecvare între subiect şi condiţiile de examinare: astfel, testul aplicat în cursul unui episod psihotic acut, sau în prima zi de spitalizare sau într-o situaţie angoasantă (separare parentală brutală, situaţie de stres accentuată de aspectul de examen) va conduce la rezultate trunchiate şi parţial false. De fapt, nu este rar ca o diferenţă de 10 până la 15 puncte sau mai mult să apară la unul şi acelaşi test aplicat o dată în condiţii inadecvate şi apoi în condiţii mai bune.

Nu există un QI absolut dar, aşa cum am arătat, fiecare QI trebuie să fie raportat la un test precis şi legat de condiţiile de etalonare şi de definiţia care îi este proprie: QI ce traduce un coeficient de vârstă (Binet-Simon, Terman-Merill) sau QI care indică dispersia (WISC, WISPP). Se observă o mare variabilitate de

la un test la altul, nu numai între „QI de vârstă" şi „QI standard", ci şi între diferiţi QI de vârstă. Corelaţia între toate aceste teste este, în consecinţă, departe de a fi întotdeauna satisfăcătoare.

Constanţa QI

La începuturile psihometriei, acest QI a fost greşit înţeles ca fiind reflexia unei capacităţi intelectuale, o cvasi-măsură fiziologică a activităţii cerebrale. Binet însuşi a emis ipoteza unei constanţe a QI la înapoiaţi mental; se ajunsese în anii '20 să se considere că acest QI era dovada unei capacităţi intelectuale congenitale invariabile. De atunci, QI a fost adus la o mai justă evaluare. De fapt, QI de vârstă evaluează mai mult avansul sau retardul unei viteze de creştere decât o potenţialitate absolută. Or, viteza de creştere este eminamente variabilă de la un copil la altul, şi chiar la acelaşi copil de la o perioadă la alta, fără a prejudicia în mod necesar scopul final. Zazzo a făcut în mod foarte just următoarele observaţii: pe un plan statistic mediu *„un QI normal este constant, nu prin experienţă, ci prin definiţie sau, ceea ce ne aduce în acelaşi punct, prin construcţie"*. În schimb, pentru un copil anume *„QI nu este constant prin definiţie, ci numai experienţa poate răspunde"* (Perron-Borelli). Studiile catamnestice au evidenţiat foarte bine această variabilitate relativă a QI pentru unul şi acelaşi copil. În fine, pentru fiecare test se remarcă o variabilitate a abaterii standard (AS) în funcţie de vârstă, astfel că la un QI egal repartiţia statistică a unui copil nu are aceeaşi semnificaţie la două vârste diferite (acest fapt este valabil atât pentru QI de vârstă, cât şi pentru QI standard).

În concluzie, a crede că pentru un copil anume QI îşi păstrează o valoare constantă relevă o înţelegere greşită şi o extindere abuzivă a generalului la particular. De altfel, este posibil ca această confuzie să fie întreţinută de o viziune pur statistică, în care chiar prin construcţie QI ar trebui să fie constant de la o vârstă la alta. Acest fapt nu este niciodată valabil pentru un individ izolat. Este un factor important ce trebuie luat în considerare în discutarea factorilor ereditari implicaţi în QI.

Coeficientul intelectual şi ereditatea

În paragraful precedent am văzut că există o opoziţie între viziunea statisticianului şi aceea a clinicianului referitor la constanţa QI. Pentru un subiect anume, QI este în realitate variabil cu vârsta, tipul de test, situaţia de examinare etc. Aceeaşi opoziţie între statistician şi clinician se observă sub aspectul naturii ereditare sau nu a QI. Este de la sine înţeles că, cu cât i se dă mai mult o valoare relativă QI, cu atât ponderea eredităţii devine şi ea mai relativă, şi invers. Astfel, în anii '20 şi '30, unii estimau că ereditatea intervine în proporţie de 80% în

valoarea QI. De atunci, numeroşi autori au încercat la rândul lor să cuantifice ponderea respectivă a eredităţii şi a factorilor educativi în sensul cel mai larg: astfel, este o mare distanţă între cei care au abordat o viziune statistică pură şi clinicianul confruntat cu un caz individual.

Trebuie să precizăm mai întâi că vom prezenta într-un capitol ulterior factorii ereditari patologici (aberaţii cromozomiale, anomalii metabolice diverse etc.). Nu vom aborda aici decât ereditatea subiectului presupus sănătos din punct de vedere biologic. Importanţa factorilor socio-culturali nu mai trebuie demonstrată: copiii din clasele socio-economice înstărite au statistic un QI mai ridicat decât cei din clasele defavorizate. Astfel, QI va determina poziţia socială pe care o ocupă fiecare subiect (Jensen). Totodată, numeroase studii, în special cele asupra copiilor adoptaţi, au arătat că QI variază în funcţie de condiţiile educative şi socio-economice în care este crescut copilul, ilustrând importanţa mediului: copiii din familii modeste adoptaţi de părinţi care dispun de o situaţie socio-economică favorabilă au un QI care se apropie de acela al copiilor biologic proveniţi din acest mediu (Schiff).

Calitatea relaţiilor afective joacă de asemenea un rol considerabil. În marea majoritate, copiii grav carenţaţi (hospitalism, copii bătuţi) au frecvent o eficienţă intelectuală mediocră. Majoritatea tulburărilor afective sunt însoţite de un deficit minor sau tranzitoriu, fapt ce i-a condus pe anumiţi autori să vorbească despre o falsă-debilitate (v. problema inhibiţiei intelectuale cap. 17, 2.4.) în opoziţie cu „debilitatea autentică", în care există o leziune cerebrală, chiar dacă este minimă. Dacă o astfel de distincţie apare ca foarte artificială clinicianului, ea răspunde totodată, în parte, vastei probleme a debilităţilor uşoare în care nu se poate găsi nici o cauză evidentă. Vom studia acest aspect specific în capitolul următor (3, 4.2.).

În concluzie, intervenţia factorilor ereditari în determinarea capacităţilor intelectuale este foarte probabil aşa cum o arată diversele studii asupra gemenilor hetero– sau monozigoţi. Totuşi este vorba în mod evident despre o transmitere poligenică complexă deoarece nici o lege de transmitere ereditară simplă nu a fost verificată. Ar fi de altfel mai corect să se vorbească despre eritabilitate decât despre ereditate (Roubertoux), punând astfel în evidenţă gradul variabil al capacităţii de învăţare, mai degrabă decât o valoare absolută a inteligenţei. Această capacitate de a învăţa conferă un rol major factorilor de mediu, după cum arată un număr tot mai mare de cercetări. Teoria amprentei şi a perioadelor critice pe care etologia le-a răspândit pe scară largă ilustrează în mod clar legătura dintre o anumită aptitudine de a învăţa determinată genetic şi contribuţia mediului. Din această perspectivă, există o influenţă strânsă şi constantă între factorii genetici şi factorii de mediu, ce face iluzorie o departajare riguroasă între aceste două linii.

2.2. — EVALUAREA COGNITIVĂ ŞI NEUROPSIHOLOGICĂ

Spre deosebire de testele citate anterior, obiectivul evaluării clinice nu este de a determina la ce nivel se situează o performanţă, ci ce strategie utilizează subiectul pentru a o realiza. Astfel, probele (termen preferabil celui de test) pe care Piaget şi continuatorii săi le-au propus, se înscriu într-un context clinic diferit: o conversaţie cu copilul în cursul căreia se face un schimb de argumente şi contra-argumente face posibilă intuirea structurii însăşi a raţionamentului. Noţiunile de randament şi de performanţă relevate de „standardizarea" cea mai riguroasă posibil şi limitarea, sau măsurarea frecventă a timpului în evaluarea obişnuită prin testele psihometrice sunt în schimb, dacă nu absente, cel puţin secundare. Este importantă situarea raţionamentului în funcţie de diverse stadii care reprezintă tot atâtea structuri logice diferite.

Aceste consideraţii explică slaba standardizare a acestor probe şi necesitatea unei bune cunoaşteri a teoriei piagetiene pentru a le putea utiliza adecvat..

Perioada preoperatorie, a inteligenţei reprezentative, între 2 şi 7 ani; aceste probe au la bază analiza genetică a figurilor geometrice simple (cerc, pătrat, romb), apoi complexe (drapelul lui Gessel, figura complexă a lui N. Verda: v. fig. 5) şi aceea a unui personaj uman.

Perioada operaţiilor concrete, între 7 şi 11 ani; mecanismele operatorii se sprijină în special pe obiectele concrete, manipulabile. Acestea au fost în parte standardizate în „Probe de dezvoltare ale gândirii logice" (v. mai jos).

Perioada operaţiilor formale, în fine, corespunde dezvoltării structurii de „grup combinatoric" şi debutează începând de la 12 ani.

După stadiul operator concret, accederea la stadiul operator formal se caracterizează prin capacitatea preadolescentului (între 12 şi 16 ani) de a judeca prin ipoteze, de a-şi reprezenta ansamblul cazurilor posibile şi de a considera realul ca un simplu caz particular. Metoda experimentală, necesitatea de a demonstra propoziţiile enunţate, noţiunea de probabilitate devin accesibile. În

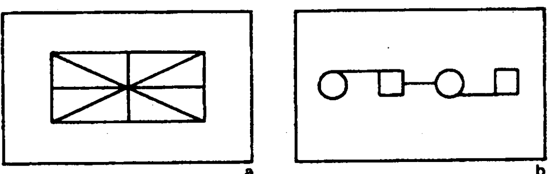


Figura. 5. – *a) Drapelul lui Gessel; b) figura complexă a lui N. Verda.*

plan practic, instituirea posibilităţii de raţionament ipotetico-deductiv se traduce prin accederea la grupul de operaţii formale de transformare: identitate, negare, reciproca şi negarea reciprocei, cu alte cuvinte corelativa (INRC). Astfel, cu titlu de exemplu, în stadiul concret, copilul înţelege că 2/4 este mai mare decât 1/4 deoarece nu trebuie decât să compare 1 cu 2, dar abia în stadiul formal înţelege egalitatea 1/3 şi 2/6 pentru că poate stabili un raport între compararea numărătorilor, pe de-o parte, şi a numitorilor, pe de altă parte: el poate compara cele două proporţii şi raportul între cele două rapoarte.

Scala de gândire logică (EPL)[17 18], etalonată pe un grup de băieţi şi fete cu vârsta între 9 şi 16 ani, permite evaluarea inteligenţei concrete sau formale (A şi B). Include cinci serii de probe, iar rezultatele permit situarea funcţionării unui copil într-una din cele 4 clase: stadiul concret, intermediar, formal A şi formal B.

Pentru B. Inhelder, nivelul operator formal care caracterizează gândirea adultă nu este atins de copilul debil. Acesta rămâne fixat la nivelul operaţiilor concrete.

Corespondenţa dintre evaluarea clinică şi testele psihometrice clasice este satisfăcătoare la nivel statistic, dar există numeroase discordanţe individuale: *„un QI scăzut poate fi compatibil cu un nivel de raţionament satisfăcător şi, invers, un QI satisfăcător poate fi întâlnit la subiecţi al căror nivel de raţionament este insuficient"* (Dailly). Regăsim aici distanţa dintre perspectiva pur statistică şi punctul de vedere al clinicianului preocupat înainte de toate de individ.

K–ABC (***Kaufman Assessment Battery for Children, 1983.*** — Versiunea franceză 1993) recent tradus şi validat în franceză, se adresează copiilor cu vârsta între 2½ ani şi 12½ ani. Conţine 16 subteste care sunt, sau nu, propuse în funcţie de vârsta copilului: 7 subteste la 2½ ani, 9 la 3 ani, 11 la 4 ani, maxim 13 începând de la 7 ani. Acest test se împarte în două scale de inteligenţă, una numită secvenţială, iar cealaltă simultană, cu o a treia scală numită Procese Mentale Compozite. Rezultatele se exprimă printr-o notă standard, cu o medie stabilită la 100 şi o abatere standard de 15.

Probele din K-ABC se sprijină cât mai puţin pe limbaj şi permit în special o mai bună evaluare a copiilor prezentând handicapuri auditive, tulburări de limbaj, sau a copiilor non-francofoni. Dacă între K-ABC şi WISC există o corelaţie puternică la copiii normali, se pare că există însă diferenţe sensibile între cele două teste la copiii cu dificultăţi de învăţare.

Este deci prea devreme pentru a putea prezice interesul acestui nou instrument, deja utilizat pe scară largă, în special în mediul şcolar.

[17] În limba franceză: „Echelle de Pensée Logique" (EPL). (n. t.)

[18] Pentru detalii vezi: Scala de dezvoltare a Gândirii Logice de G. Longeot, Editions Scientifiques et Psychologiques, Issy-les-Moulineaux, 91130.

3. — DEFICIENȚA MINTALĂ

Pedopsihiatria s-a constituit în jurul deficienței mintale care, la început, reprezenta practic unicul său obiect de studiu. Diversele entități nosografice actuale au izvorât aproape toate din cadrul „idioției", în care Pinel confunda „întârziatul", deficiența intelectuală și starea de stupoare. Esquirol distinge apoi întârzierea și idioția: *„Omul în demență este privat de bunurile cu care era dăruit, este un bogat care a devenit sărac! Idiotul, el, s-a aflat întotdeauna în sărăcie și mizerie"*. Apoi, între idioți, Esquirol a separat idioția și imbecilitatea (subiectul mai puțin profund atins). La sfârșitul secolului XIX, Seguin a izolat din nou idioția și imbecilitatea, cărora le recunoaște incurabilitatea, de „înapoierea mintală", caracterizată de o lentoare mai mult sau mai puțin recuperabilă a dezvoltării intelectuale. În fine, Binet, la începutul secolului XX, a introdus psihometria care avea să devină rapid criteriul de departajare a diverselor deficiențe.

3.1. — DEFINIȚIE – CLASIFICARE – FRECVENȚĂ

Definiție. — Deși nu există nici o îndoială când este vorba de o deficiență profundă, totuși este dificil de definit limita superioară a deficienței. Exigența școlară a stat la originea creării testelor având drept scop discriminarea copiilor apți pentru o școlarizare normală și a celor care nu sunt apți. De asemenea, la începuturile psihometriei, se confunda practic debilitatea cu inaptitudinea școlară. Or, utilizând un astfel de criteriu, cercetările recente (Chiland) au arătat că un QI ≥ 96 este necesar pentru a urma, în zilele noastre, o școlarizare satisfăcătoare: conform acestui criteriu, debilitatea ar începe oare de la un QI < 96? Pe de altă parte, în plan statistic, majoritatea testelor (în special WISC) sunt construite astfel încât majoritatea populației (95%) să fie cuprinsă între –2 și +2 abateri standard: în această optică statistică, devianța anormală începe la un QI ≤ 70 deoarece, atunci când QI este mai mare de 70, ne situăm în câmpul de repartiție gaussiană normală. Din punct de vedere practic și empiric, numeroși pediatri și pedopsihiatri (Dailly) consideră că debilitatea este caracterizată de un QI ≤ 85. În fine, utilizând nu o măsură psihometrică, ci studiul structurilor logice, alți autori (Inhelder) caracterizează debilitatea prin imposibilitatea accederii la structurile gândirii formale. Deci putem vedea că definirea limitei superioare a debilității este dificilă.

Aceste incertitudini apasă puternic asupra abordării conceptuale și teoretice a problemei debilității și explică în parte divergențele punctelor de vedere.

Oricum ar fi, utilizând testele psihometrice, clasificările actuale (CIM 10, DSM VI etc.) disting:
- retardul mintal ușor: 50 ≤ QI ≤ 69
- retardul mintal moderat: 35 ≤ QI ≤ 40
- retardul mintal grav: 20 ≤ QI ≤ 34
- retardul mintal profund: QI ≤ 19.

Frecvența deficienței mintale depinde în mod evident de modul în care ea este definită (în special dacă include sau nu deficiența limită). Variază, pentru copiii de vârstă școlară, între 1,5% și 5,5%, în funcție de studii. Deficiența mintală severă și profundă este cuprinsă între 0,3 și 0,6%. Sunt singurele depistate cel mai adesea înainte de perioada școlară. Deficiența mintală ușoară sau de limită nu este în mod obișnuit recunoscută decât la vârsta școlară. Există un vârf al frecvenței între 10 și 14 ani, apoi o diminuare brutală a numărului de debili dincolo de această vârstă: această diminuare epidemiologică arată cât de mult este legată debilitatea mintală, în special aceea de limită, de situația școlară. La toate nivelurile de deficiență mintală se remarcă o preponderență a băieților (60%).

3.2. — STUDIU CLINIC

Raportarea la QI, dincolo de facilitatea utilizării sale, nu trebuie să ne facă să uităm problemele metodologice și în special variabilitatea frecventă a acestui QI. Cu alte cuvinte, limitele aici sunt arbitrare, un copil putând foarte bine să evolueze într-un sens sau în altul. Aceste limite sunt deci relative și nu au decât o validitate statistică.

Nivelul de dezvoltare și eficiența socială

Deficiența mintală profundă. — Nivelul mintal nu depășește 2 sau 3 ani. Se remarcă în copilăria mică un retard masiv al tuturor achizițiilor, acestea rămânând adesea incomplete. Autonomia conduitelor din viața cotidiană este parțială (alimentare, toaletă, control sfincterian), dar pot fi totuși ameliorate în cadrul unei relații bune. Limbajul este cvasi-inexistent, redus la câteva cuvinte sau foneme. Acești pacienți depind de un terț, cel mai adesea de o structură instituțională.

Este frecventă existența anomaliilor morfologice, a tulburărilor neurologice, a crizelor epileptice asociate.

Deficiența mintală severă și moderată. — Acești subiecți nu depășesc o vârstă mintală de 6-7 ani. Retardul în dezvoltarea psihomotorie este frecvent.

Este posibilă o anumită autonomie în conduitele sociale, mai ales atunci când copilul evoluează într-un cadru stimulativ şi călduros, dar o încadrare protectoare rămâne necesară. Limbajul rămâne asintaxic, deşi nivelul său depinde mult de gradul de stimulare din partea anturajului. În schimb, lectura este imposibilă sau rămâne la nivelul unei descifrări rudimentare; şcolarizarea este imposibilă. Gândirea se menţine în stadiul preoperator.

Deficienţa mintală uşoară şi de limită. — Şcolaritatea devine un criteriu fundamental: eşecul şcolar caracterizează aceşti copii care, până la intrarea la şcoală, au avut cel mai adesea o dezvoltare psihomotorie normală. Limbajul nu prezintă anomalii majore, inserţia socială extraşcolară (cu familia, cu alţi copii) este adesea satisfăcătoare. Rareori se întâlnesc anomalii somatice asociate. În realitate, exigenţele şcolarizării sunt deci cele care conduc la izolarea acestui grup. Incapacitatea de a accede la o structură de gândire formală reprezintă o limită a progresării încă din primele clase ale şcolarizării primare.

În cadrul acestui grup, echilibrul afectiv, calitatea relaţiilor cu anturajul, ponderea factorilor socio-economici şi culturali par să joace un rol asupra căruia vom reveni (3.4.).

Tulburări afective, de conduită şi de comportament

Prezenţa acestor tulburări este, dacă nu constantă, cel puţin foarte frecventă. Manifestările clinice depind în parte de profunzimea deficitului cognitiv: se pot descrie două extreme între care se pot întâlni toate variantele intermediare.

În deficienţa mintală profundă şi severă se întâlnesc frecvent perturbări relaţionale masive: izolare, chiar o veritabilă retragere afectivă, stereotipii frecvente sub formă de balansare, descărcări agresive şi mare impulsivitate, în special în caz de suferinţă sau de frustrare, auto-mutilări (v. cap. 12, 3.) mai mult sau mai puţin grave. Ansamblul acestor simptome poate evoca ceea ce se observă în anumite psihoze infantile precoce, ceea ce a adus în discuţie posibilitatea conjuncţiei unei organizări psihotice în aceste deficite masive (Misès).

În deficienţa mintală uşoară sau de limită, tulburările afective sunt foarte frecvente (50% din cazuri în opinia lui Heuyer) şi se organizează pe două linii:

– versantul manifestărilor comportamentale: instabilitate, reacţii de prestanţă ce pot merge până la reacţii colerice la eşec, tulburări de comportament, în special la adolescentul influenţat de cei de vârsta sa (mici delicte, furt...). La aceste conduite se asociază adesea o organizare foarte rigidă marcată de judecăţi „dintr-un foc", excesive, lipsite de auto-critică;

– celălalt versant îl reprezintă inhibiţia, pasivitatea, copilul este abătut, excesiv de supus anturajului adult, dar şi celorlalţi copii. Posibilităţile intelectuale pot, şi ele, să fie afectate de ponderea acestei inhibiţii: testele pun în evidenţă, în astfel de situaţii, eşecuri repetate care impietează eficienţa intelectuală.

Existenţa acestor perturbări afective traduce, în opinia lui Misès, caracterul dizarmonic al organizării personalităţii copilului debil, a cărui slabă eficienţă trebuie înţeleasă ca o manifestare simptomatică în sânul unei organizări psihopatologice ce trebuie evaluată. Vom reveni asupra acestui punct în capitolul consacrat studiului psihopatologic.

În schimb, la alţi copii nu se observă alte tulburări afective particulare în afara unui anumit infantilism sau puerilism: în opinia unor autori, ar fi vorba, aici, de o debilitate „armonioasă, simplă sau normală". În această optică, debilitatea normală nu ar fi decât o dovadă a repartiţiei gaussiene a QI.

Tulburări instrumentale

Existenţa tulburărilor instrumentale este frecventă, dacă nu constantă, inclusiv în debilitatea uşoară sau de limită. Nu vom face aici decât să le cităm succint, rugând cititorul să se raporteze pentru fiecare conduită la capitolul ce i-a fost consacrat. Se remarcă printre altele:

– tulburări de limbaj: în afară de obişnuita constatare a unui nivel inferior la probele verbale în raport cu probele non-verbale, se observă frecvent existenţa unor niveluri fonematice, gramaticale şi sintactice mediocre (Garrone);

– tulburări de dezvoltare motorie şi praxică, cu atât mai evidente cu cât probele propuse sunt mai complexe. Tulburările de schemă corporală, dispraxiile se întâlnesc frecvent (Bergès). „Debilitatea motorie", concept elaborat de Dupré şi care se poate asocia cu debilitatea mintală, este prezentată în cap. 5, 3.

În realitate, se pot observa toate tipurile de tulburări instrumentale. Problema este aceea de a aprecia relaţia lor cu deficitul intelectual, fapt asupra căruia vom reveni în paragrafele următoare.

3.3. — ANALIZA DISCRIMINATIVĂ A FUNCŢIILOR INTELECTUALE ŞI ABORDAREA PSIHOPATOLOGICĂ

Analiza discriminativă

Studiul debilităţii a urmat în mare parte o evoluţie paralelă cu cercetările psihometrice: astfel, la început, atunci când se considera că QI reflectă o capacitate intelectuală globală, debilitatea a fost şi ea considerată ca o scădere globală a eficienţei. La fel cum un coeficient de dezvoltare scăzut dovedea numai o simplă încetinire a dezvoltării intelectuale: astfel, un copil de 7 ani al cărui QI era de 70 avea, aşa se estima, un nivel identic cu cel al unui copil de 5 ani.

În realitate, o dată cu multiplicarea scalelor psihometrice, cu îndepărtarea lor progresivă de aportul școlar și mai buna cunoaștere a diverselor sectoare de dezvoltare a copilului, o astfel de concepție și-a dovedit rapid limitele: utilizarea bateriilor de teste a arătat, pe de-o parte, că nivelul performanțelor varia în funcție de testele utilizate (ceea ce relativiza deja noțiunea de nivel global), iar, pe de altă parte, diversele rezultate obținute de un copil cu vârsta de 7 ani și cu un QD de 70 la Binet-Simon, spre exemplu, nu erau cu nimic superpozabile celor obținute de un copil de 5 ani cu o dezvoltare normală; în fine, în interiorul grupului de copii debili cu același nivel global, se remarcă mari diferențe ale acestei heterogenități. În fața acestor rezultate, ipoteza unei debilități unice, monomorfe, ca o simplă întârziere în dezvoltare, trebuia să fie demontată. Astfel, încă din 1929, într-o lucrare premonitorie, grație utilizării unei baterii ample de teste, Vermeylen propunea deja diferențierea debilităților „armonice" și a debilităților „dizarmonice".

De fapt, într-o a doua perioadă, renunțând la unitatea cadrului debilității, autorii au căutat să distingă două clase printre debili, fondate în special pe cercetarea etiologică. Astfel au fost izolate **debilitatea exogenă** și **debilitatea endogenă** (Strauss – Chiva – Dailly). Prima, numită exogenă, corespunde cazurilor în care o etiologie organică, indiferent de ce natură (malformativă, infecțioasă, toxică...) a antrenat o perturbare la nivelul SNC, în vreme ce în a doua, numită endogenă, nu se regăsește nici o etiologie evidentă: această stare este atribuită atunci eredității poligenice ce dovedește repartiția gaussiană a QI. În acest cadru, debilitatea exogenă — patologică — se distinge prin importanța:

- tulburărilor perceptive;
- tulburărilor de ritm și ale organizării spațio-temporale;
- gândirii pur concrete cu un aspect „rigid", puțin evolutiv și puțin adaptativ;
- tulburărilor afective asociate: impulsivitate, agresivitate.

Astfel, în această accepțiune, dacă debilitatea exogenă este dizarmonică, ar exista la polul opus o debilitate endogenă, numită normală, care ar reveni la constatarea unei întârzieri omogene a dezvoltării intelectuale determinată genetic.

Totodată, cercetările cele mai recente asupra analizei funcționării cognitive, nu numai în termeni de performanță, ci și în termeni de operativitate (probe piagetiene) sau în termeni de competență socială (DPS, EDEI) au arătat că existența acestei debilități normale, omogene, era ipotetică. De fapt, practic la toți copiii debili se constată o heterogenitate a rezultatelor lor. Dacă variațiile individuale sunt întotdeauna posibile, în plan statistic se constată întotdeauna că:

- nivelul probelor verbale este inferior nivelului probelor non-verbale;
- probele perceptivo-motorii sunt mai puțin reușite, la fel ca și testele de explorare a schemei corporale;

- în schimb, la probele de inteligență psihosocială (DPS – EDEI) au un nivel mai bun. Astfel, la DPS: autoconducerea este superioară relației interindividuale, superioară intereselor, superioară scalelor non-verbale clasice, superioară scalelor verbale.

În manieră similară, evaluarea nivelului operator (Inhelder) al copiilor debili pare să indice existența unei fluctuații constante între niveluri de funcționare foarte diferite: nivelul preoperator, operator concret, chiar stadiul senzorio-motor se suprapun și se intersectează atunci când un copil debil este confruntat cu o problemă. El pare incapabil să dezvolte o strategie operatorie coerentă și prezintă rupturi bruște în organizarea gândirii. În toate cazurile, accederea la stadiul gândirii formale este blocată.

Deși este adevărat că heterogenitatea nivelurilor este de obicei mai mare în cazurile de debilitate numită exogenă, rămâne totuși de explicat de ce debilitatea endogenă prezintă o astfel de heterogenitate. Autorii au căutat să pună în evidență sau să sugereze existența unui factor responsabil pentru această heterogenitate. Astfel, Zazzo și col. au propus conceptul de **heterocronie** care *„exprimă simplu în primul rând un fapt: copilul debil tipic se dezvoltă cu viteze diferite în diferite sectoare de creștere psihobiologică"*. Heterocronia nu este o simplă colecție de viteze disparate. Ci este un sistem, o structură. Această heterocronie este pentru Zazzo caracteristică debilului și își are originea într-un factor de maturizare neurofiziologică determinat deficient genetic.

La rândul său, Inhelder, pentru a explica fluctuația constatată în ceea ce privește nivelurile operatorii, a avansat ipoteza unei **„vâscozități genetice"**, responsabilă de lentoarea dezvoltării cognitive ce ar determina fixații la niveluri de organizare arhaică.

Indiferent de formulările lor, aceste cercetări, conduse de statisticieni sau epidemiologi preocupați mai mult de definirea unei clase decât să se aplece asupra unui individ, conduc la izolarea unei trăsături care ar specifica debilitatea, trăsătură cel mai adesea înscrisă în patrimoniul genetic (debilitatea normală, heterocronia, vâscozitatea, inerția oligofrenă propusă de Luria, rigiditatea mentală propusă de Lewin). Totodată, această perspectivă a permis trecerea de la un concept global de debilitate înfățișat doar din unghiul deficitului, la o conceptualizare dinamică, diacronică a debilității, ca structură în curs de creare datorită unei maturizări defectuoase.

Împotriva unor astfel de conceptualizări s-au efectuat numeroase cercetări asupra copiilor debili: punctul lor comun este acela de a repoziționa factorul „eficiență intelectuală" în cadrul ansamblului organizării psihopatologice a unui individ. În această optică, deficiența mintală nu mai este o caracteristică a unei clase structurale unice (deseori înscrisă de la origine în patrimoniul genetic), ci doar un simptom ce vădește structurile mentale subiacente, putând fi foarte

diferite unele de altele, fără a fi în mod necesar legate de o etiologie organică precisă. Atunci când este reperabilă o origine organică, aceasta nu mai este, în acest context, elementul determinant și explicativ unic pentru debilitate.

Astfel, în concluziile unei cercetări importante condusă de Garrone și col. în scopul respingerii distincției între debilitatea exogenă și endogenă, autorii declară: *„debilitatea mintală poate fi înțeleasă ca un rezultat al unui proces sau al unei serii de procese de natură sau cu origini diverse (...). Forma disfuncției și deci a simptomului clinic este determinată mai degrabă de momentul traumei și de istoria de dezvoltare decât de etiologie"*. În aceeași manieră, Gibello, utilizând referințele piagetiene, definește **dizarmonia cognitivă** ca *„o anomalie permanentă a gândirii raționale ce servește ca apărare împotriva angoaselor arhaice"*. Mai recent, acest autor a descris „Întârzierile de Organizare a raționamentului" la copiii caracterizați de existența unui decalaj între un QI situat în zona normalității și, dimpotrivă, un nivel de organizare a gândirii în termeni piagetieni foarte retardat. Fie că este vorba de dizarmonie cognitivă sau de retard de organizare a raționamentului, aceste eșecuri în investirea procesului de gândire dovedesc procese psihopatologice subiacente ce pun cel mai adesea în joc mecanisme de apărare numite arhaice (v. cap. 16).

Abordare psihopatologică

Pentru clinician, confruntat cu individul, demersul psihopatologic după evaluarea QI, studiul discriminativ al funcțiilor cognitive și al diverselor tulburări instrumentale asociate și, în fine, cercetarea etiologică, constă în evaluarea locului acestei afecțiuni a funcțiilor cognitive ca simptom în cadrul unei anumite organizări mentale.

Fără a nega importanța a ceea ce am numit funcția de realizare (v. cap. 9, 1.), trebuie luată aici în considerare funcția apetitivă din care dimensiunea dorinței și a plăcerii nu poate fi exclusă, ca și diversele strategii utilizate de copil pentru a se descurca (în special investirea reciprocă a proceselor primare și/sau secundare). Anumiți autori consideră de altfel că funcția apetitivă și organizarea fantasmatică joacă un rol prevalent. Astfel, pentru M. Mannoni, copilul debil este prins într-o relație duală care îi interzice poziția de subiect: *„chiar în cazul în care un factor organic este în joc, un astfel de copil trebuie nu numai să facă față unei dificultăți înnăscute, ci și manierei în care mama utilizează această deficiență într-un univers fantasmatic ce sfârșește prin a le fi comun celor doi"*. În această relație duală funcția paternă organizatoare a ordinii simbolice nu își poate găsi locul. Totodată, această poziție extremă a primit numeroase critici: aceea a confuziei între geneza ca atare a bolii și reorganizările psihoafective care îi urmează (Lebovici), sau aceea a unei atitudini antinosografice, a unei unificări excesive a mecanismelor (Misès).

În schimb, interacțiunea între funcțiile de realizare și funcțiile apetitive se află în centrul reflecțiilor unor autori ca Lang, Misès, Perron, Garrone. Pentru Misès, *„afecțiunile organice reintroduc în mod necesar perturbările relaționale și, reciproc, pornind de la tulburările grave de ordin afectiv iau naștere uneori distorsiuni durabile ce lasă amprente definitive în organizarea marilor funcții"*. Este esențial, în aceste condiții, să fie evaluat pentru fiecare copil *„locul pe care îl ocupă afecțiunea funcțiilor cognitive în raport cu alte dizarmonii ale personalității"*. În această perspectivă au fost elaborate scalele diferențiale de eficiență intelectuală (EDEI, v. 2.1.). În încercarea de regrupare psihopatologică, ținând cont simultan de necesitatea descrierii sincronice (organizarea structurală actuală a copilului și locul deficitului în această organizare) și de perspectiva diacronică proprie copilăriei (potențial evolutiv deschis sau închis al acestei organizări), Misès propune distingerea unor:

Deficiențe dizarmonice. — Se remarcă o concomitență a factorilor deficitari, tulburări instrumentale diverse (tulburări de limbaj, dispraxii importante), tulburări afective variabile. În cadrul acestui grup Misès izolează:

– dizarmoniile cu versant psihotic, unde performanțele intelectuale sunt adesea foarte limitate și sunt însoțite de angoasă profundă exprimată clinic de conduitele de agitație sau de retragere, bizarerii de comportament, și care se traduc la testele de personalitate printr-o viață fantasmatică foarte primitivă, crud exprimată, cu o distincție mediocră între real și imaginar. Totodată, *„nu se remarcă aici o nestructurare globală și nici o ruptură totală în adaptarea la realitate"*;

– deficiențele dizarmonice cu versant nevrotic: deficitul intelectual este în general mai puțin sever, asociat cu simptome variabile, identice celor întâlnite la copiii nedeficitari: fobie, obsesii, conduită de eșec, inhibiție. Lipsa luării în considerare a acestei organizări psihopatologice poate conduce la o agravare, și apoi la o fixare a deficitului.

Deficiențele armonice. — Acestea se caracterizează prin prevalența liniei deficitare, nu în funcție de profunzimea sa, ci mai degrabă în funcție de rolul său dinamic: întreaga organizare mintală pare structurată în jurul deficitului care permite într-o oarecare măsură o „abraziune", o dispariție a celorlalte simptome. Aceste deficiențe armonice constituie un risc evolutiv major de organizări dizarmonice, deficitul agravându-se cu vârsta.

După cum vedem, în această optică, deficiența mintală nu este rezultatul unei lipse inițiale, ci reprezintă *„o structură istoric construită"* (Ajuriaguerra), al cărui determinism este în mod necesar plurifactorial.

3.4. — FACTORI ETIOLOGICI

Factori organici

Toate afecțiunile SNC, indiferent care este cauza, sunt susceptibile să determine o diminuare a capacităților intelectuale. În plan statistic, există o corelație între profunzimea deficitului intelectual și existența unei etiologii organice: cu cât deficitul este mai profund, cu atât probabilitatea de a găsi o cauză organică este mai mare. Totodată, la nivelul cazurilor individuale, excepțiile sunt posibile, deficite profunde putând să nu fie acompaniate, în pofida tuturor investigațiilor, de nici o etiologie organică evidentă.

Diversele etiologii posibile vor fi prezentate în capitolul consacrat defectologiei.

Factori psihosociali

Spre deosebire de factorii organici, factorii psihosociali apar cu atât mai importanți cu cât ne situăm în cadrul debilității ușoare și de limită. Toate studiile epidemiologice și statistice sunt în acord cu recunoașterea faptului că debilitatea ușoară este cu atât mai frecventă cu cât condițiile socio-economice sunt mai scăzute, iar stimularea culturală furnizată de mediul familial este mai redusă. Astfel, comparând un grup de copii debili cu manifestări neurologice asociate, cu un grup de copii debili fără etiologie organică manifestă, Garrone & col. au constatat că există o corelație constantă și puternică între debilitatea ușoară, „fără cauză organică“ și condițiile socio-culturale defavorabile; în schimb, copiii ce prezintă tulburări neurologice asociate aparțin tuturor păturilor socio-culturale. Această corelație este atât de puternică încât autorii nu au găsit, la o anchetă mai vastă printre cazurile de debilitate ușoară, nici un copil provenind din păturile socio-culturale favorizate sau mediu favorizate. Toți copiii cu debilitate ușoară provin, fără excepție, din clase sociale defavorizate, deși condițiile economice ale acestor familii nu sunt foarte proaste: se insistă asupra prevalenței sărăciei culturale, a sărăciei schimburilor între indivizi, a stimulării mediocre din partea părinților, a indiferenței lor și a pasivității în fața eșecurilor copiilor lor.

Dincolo de factorii socio-economici, *climatul afectiv* joacă un rol fundamental: se cunosc, încă de la Spitz și observațiile sale asupra hospitalismului, efectele dezorganizatoare ale carențelor afective grave. Tabloul carenței afective, al depresiei anaclitice, este însoțit frecvent de o slabă eficiență intelectuală ce se integrează în această situație într-un ansamblu semiologic mai amplu (v. cap. 22, 1.).

3.5. — ATITUDINI TERAPEUTICE

Tot ceea ce am spus mai sus avea ca scop să arate că nu există o debilitate în general, ci numeroși copii debili, diferiți, atât în ceea ce privește profunzimea handicapului lor cât și a tulburărilor asociate, a organizării psihopatologice subiacente, a diverselor etiologii posibile. Astfel, nu există o atitudine terapeutică comună, ci o serie de măsuri a căror utilitate depinde de fiecare caz individual. Nu vom prezenta aici terapiile proprii unei etiologii particulare (antiepileptică, extragere tiroidiană, regim fără fenilalanină etc.) acestea fiind studiate în alte capitole. În manieră generală, axele terapeutice se organizează în jurul a trei direcții:

- abordarea psihoterapeutică a copilului și/sau a familiei sale;
- măsuri pedagogice;
- măsuri instituționale.

În mod cert, aceste diverse măsuri nu sunt incompatibile între ele, dar utilizarea privilegiată a uneia sau alteia depinde, înainte de toate, într-o ordine descrescătoare a importanței:

- de evaluarea psihopatologică a copilului și a dinamicii familiale;
- de posibilitățile socio-economice ale familiei (spre exemplu, ambii părinți lucrează? Are vreunul dintre ei posibilitatea sau dorința de a se opri?) și de capacitățile de susținere locală (existența unui spital de zi pentru copiii debili, a unor clase specializate aflate la o distanță rezonabilă de domiciliu);
- în fine, de profunzimea deficitului.

Abordare psihoterapeutică

Se poate recurge la psihoterapie suportivă sau la psihoterapie de inspirație psihanalitică (v. cap. 29). Indicația depinde de locul simptomatologiei de deficit în cadrul organizării psihopatologice; cu cât simptomul apare mai mult ca simptom al unei suferințe psihoafective puse în evidență de angoasă sau de diverse conduite psihopatologice asociate, cu atât este mai indicată psihoterapia.

Abordarea familială, sub formă de consiliere, de psihoterapie familială sau de terapie în conjuncție mamă–copil, nu trebuie neglijată. Copilul debil suscită întotdeauna dificultăți relaționale în sânul familiei sale: tendința la respingere sau la hiperprotecție, demisie în fața handicapului profund sau refuz al acestuia. În ceea ce privește cuplul ca atare, M. Mannoni a arătat foarte bine modul în care copilul debil se interpune între tatăl și mama sa, tatăl reacționând frecvent prin resemnare sau ignoranță, în vreme ce mama este prinsă, conștient sau nu, într-o relație prea strânsă cu copilul, oscilând între atitudini de dresaj și comportamentul de supunere în fața exigențelor sale.

Conştientizarea progresivă a legăturii puternic impregnate de sado-masochism, reintroducerea tatălui sau a unui echivalent simbolic într-un climat care nu este nici culpabilizant, nici agresiv, poate ajuta şi părinţii şi copilul. Atunci când prevalează condiţiile socio-economice mediocre, un ajutor mai concret acordat familiei (asistent social, ajutor familial) poate fi temporar util, dacă nu se transformă într-o asistenţă cronică.

Măsuri pedagogice

Acestea reprezintă uneori singura abordare posibilă, când copilul pare să se organizeze complet în jurul simptomului de deficit (deficienţă armonică sau fixată). Ele constituie frecvent prima etapă a tratamentului.

Pe de-o parte, se poate propune o reeducare individuală (ortofonică, „psihopedagogică"), atunci când un anumit sector pare în mod particular deficitar. Pe de altă parte, există un vast domeniu de diverse clase şi instituţii specializate. Nu le vom detalia aici (cu atât mai mult cu cât acestea se schimbă frecvent!). Vom cita numai clasele de perfecţionare, de adaptare, secţiunile de educaţie specializată, şcolile naţionale pentru debili medii sau uşori (v. capitolele referitoare la şcoală şi instituţii sociale). Vom face numai două observaţii de ordin general:

– există o mare distanţă între teoria administrativă şi practică: echipamentul local este adesea deficitar, astfel că indicaţia şcolii pentru un tip sau altul de pedagogie specializată depinde cel mai adesea de structurile existente local decât de nevoile proprii copilului;

– oricât de bune ar fi intenţiile afişate (posibilităţi de recuperare pentru o inserţie viitoare în circuitul şcolar normal, mai buna considerare a cazului individual etc.), aceste structuri au funcţionat până acum mai degrabă ca factori de excluziune decât ca posibilităţi de reinserţie. Din acest motiv, în practică, avem impresia că trebuie încercat totul în mod rezonabil la nivelul copilului şi al familiei sale, înainte de a accepta astfel de soluţii.

Măsuri instituţionale

Plasamentul instituţional în externat (EMP[19] spital de zi) prezintă avantajul de a regrupa în acelaşi loc posibilităţi de acţiune psihoterapeutică şi măsuri pedagogice adaptate.

În ceea ce priveşte plasamentul în internat, aceasta este o măsură ce trebuie luată în considerare în special atunci când copilul se află în situaţie de rejecţie, când prezenţa sa permanentă acasă este sursa unui conflict grav ce nu poate fi mobilizat repede, sau atunci când gravitatea deficitului alienează total un membru al familiei aflat în serviciul acestui encefalopat profund.

[19] EMP – Externat Medico-Pedagogic. (n. t.)

4. — COPIII SUPRADOTAŢI

Interesul acordat copiilor supradotaţi cunoaşte o dezvoltare recentă, deşi principalul studiu statistic efectuat asupra acestui subiect de Terman şi colaboratorii a început în 1925.

Existenţa copiilor supradotaţi nu este contestabilă, însă criteriile distinctive sunt variabile. În general, nivelul ridicat al performanţelor intelectuale serveşte ca reper prin traducerea sa în QI. Sisk vorbeşte de supradotaţi când QI este mai mare de 120-130. Pentru alţii, QI trebuie să fie de cel puţin 135-140. De partea sa, Chauvin estimează că învăţarea spontană a lecturii, fără forţare din partea familiei, încă de la vârsta de 4-5 ani, constituie un bun element de reperare a copilului supradotat. Totodată criteriul intelectual nu trebuie să fie exclusiv, alte sectoare ale personalităţii fiind la fel de valabile. Astfel, în Statele Unite, un studiu a propus luarea în considerare a următoarelor sectoare: 1°) capacităţile intelectuale generale; 2°) aptitudinea şcolară specifică; 3°) gândirea creativă sau productivă; 4°) arta vizuală sau de expresie; 5°) calităţile de conducător; 6°) capacităţile psihomotorii.

Dacă intenţia poate părea demnă de laudă, rămâne însă de definit pe baza căror criterii se vor evalua, spre exemplu, „gândirea creativă" sau „arta vizuală".

În fine, trebuie distins copilul natural supradotat de copilul prea stimulat şi forţat, caz mult mai frecvent. Competiţia socială a părinţilor prin intermediul copiilor lor, constrângerile de învăţare excesive şi foarte timpurii pot să-i dea acestuia aparenţa unei precocităţi ce se estompează rapid.

4.1. — ABORDARE EPIDEMIOLOGICĂ

Frecvenţa copiilor supradotaţi în raport cu ansamblul populaţiei preşcolare şi şcolare depinde în mod evident de pragul inferior stabilit: în ansamblu, evaluările oscilează între 2 şi 5%, copilul superior dotat (QI > 160) fiind excepţional (Davis 0, 001%).

Cele câteva anchete asupra unui număr mare de supradotaţi (Terman: 1500 de cazuri; G. Prat: 141 de cazuri) dau următoarele caracteristici:

– *sex:* procentaj superior al băieţilor;

– *fratrie:* frecvent primii copii din sânul unei fratrii medii;

– *nivel socio-economic:* frecvent familii de nivel superior, trăind în condiţii materiale bune şi de nivel cultural bun. Totuşi, copiii supradotaţi pot proveni din toate categoriile sociale;

– *origine etnică:* frecvent copii de origine evreiască;

– *dezvoltare fizică:* în ansamblu, aceşti copii prezintă o bună sănătate fizică, dezvoltarea lor staturo-ponderală situându-i la limita superioară (Terman);

– *aptitudinea şcolară:* pare să existe o repartiţie bifocală. Pe de-o parte, numeroşi copii prezintă un avans şcolar, sar peste clase, iar, pe de altă parte, există o mare proporţie dintre ei care întâmpină dificultăţi, putând merge până la eşec şcolar paradoxal;

– *interese, caractere:* deşi această variabilă este dificil de evaluat, se pare că diferitele studii sunt de acord asupra anumitor puncte:

- *marea apetenţă pentru lectură:* pe lângă învăţarea precoce, aceşti copii sunt toţi mari cititori;
- *izolarea frecventă:* le place să fie singuri, preferând jocurile de construcţie, de elaborare. Totodată, nu este vorba despre o retragere socială deoarece această izolare este intermitentă.

Evaluare pe termen lung. — Pentru Terman & col. (studiu catamnestic de-a lungul a 35 ani), copiii îşi păstrează capacitatea intelectuală bună. Nivelul lor de situare depinde atât de situaţia socială a tatălui lor, cât şi de propria lor aptitudine. Această menţinere a capacităţilor intelectuale nu apare şi în studiul lui Prat: dimpotrivă, mulţi copii suferă o diminuare a eficienţei lor când sunt plasaţi în condiţii deficitare.

4.2. — DIFICULTĂŢILE COPILULUI SUPRADOTAT

Interesul acordat copiilor supradotaţi îndreaptă o atenţie sporită asupra dificultăţilor lor. În ansamblu, aceste dificultăţi se datorează decalajului care există între o maturitate intelectuală prea precoce şi celelalte sectoare.

Decalajul social. — Copilul supradotat, în special în domeniul intelectual, se află într-un constant dezechilibru cu clasa sa de vârstă: atracţia şi interesele sale intelectuale îl conduc să se integreze într-un grup de copii mai mari, în vreme ce maturitatea sa fizică şi afectivă îl apropie cel mai adesea de cei de vârsta lui. În sânul familiei, acelaşi decalaj este frecvent între maturitatea copilului şi nivelul exigenţelor sau de dependenţă cerut de părinţi.

Decalajul intern. — La fel ca şi în cazul copilului debil, studiul diverselor capacităţi ale copilului supradotat pune în evidenţă heterogenitatea de nivel pe care Terrassier propune să fie numită dissincronie. Astfel, *„în manieră globală, copiii supradotaţi în plan intelectual nu au aceeaşi precocitate în plan psihomotor".* Dacă ei pot să înveţe să citească încă de la 4-5 ani, învăţarea scrierii este dificilă datorită relativei neîndemânări motorii, astfel încât copilul poate să dezvolte o reacţie de intoleranţă faţă de modurile de expresie scrisă. Se remarcă în egală măsură un decalaj între nivelul probelor verbale şi nivelul probelor non-verbale, în favoarea celor din urmă. În fine, este frecvent decalajul între o maturitate intelectuală înaintată şi o maturitate afectivă mai apropiată de vârsta cronologică.

Manifestări psihopatologice. — Decalajul intern şi social al copilului supradotat poate fi sursă de suferinţă, dar nu trebuie considerat în sine ca anormal. În schimb, acesta poate suscita apariţia unor conduite psihopatologice: astfel, copiii supradotaţi par supra-reprezentaţi într-o populaţie de copii cu probleme (G. Prat). Simptomele cel mai frecvent întâlnite sunt instabilitatea şi eşecul şcolar paradoxal; acest eşec şcolar al cărui risc este evocat de toţi autorii, ţine fie de dezinteresul sau inapetenţa faţă de activităţile şcolare, în special atunci când copilul este menţinut în clasa corespunzătoare vârstei sale reale, fie de mecanisme mai patologice: inhibiţie intelectuală, atitudine de eşec.

Aceste manifestări pot fi legate frecvent de existenţa a unei angoase importante: supradotaţii sunt copii care devin cu uşurinţă anxioşi: angoasa existenţială (întrebări legat de moarte, de Dumnezeu), angoasa nevrotică putând de altfel conduce la constituirea unor veritabile organizări patologice, în special nevrotice: apariţia unor conduite obsesionale datorită acestei extreme maturităţi a Eului este de asemenea frecventă (v. cap. 17, 2.3.).

4.3. — CONDUITE PRACTICE

În afara conduitelor psihopatologice care necesită măsuri terapeutice adaptate (în special psihoterapie), principala problemă este aceea a pedagogiei, specială sau nu, ce trebuie oferită acestor copii. În unele ţări, s-au luat măsuri la nivel naţional de câţiva ani. Acestea se repartizează în modul următor:

– crearea de clase speciale pentru copiii supradotaţi (SUA, Israel);

– menţinerea copilului supradotat în clasa sa de vârstă, dar cu un supliment pedagogic adaptat, fie în şcoală, fie în alt loc, în afara orelor şcolare (Israel, Marea Britanie);

– absenţa unor măsuri particulare (Franţa), sau, la nivel individual, sărirea unor clase.

Fiecare măsură are avantajele şi dezavantajele sale, contestatarii şi susţinătorii săi, întrucât în spatele problemei puse de copiii supradotaţi se profilează şi probleme de genetică, de inteligenţă şi de morală legate de politica individului (egalitarism sau elitism etc.). Menţinut în clasa sa de vârstă, copilul supradotat se sărăceşte cel mai adesea, îşi pierde interesul pentru şcoală, suferă din cauza

decalajului său intelectual. Crearea claselor speciale le oferă desigur o pedagogie adaptată, le stimulează creativitatea, le permite o mai bună inserție în grup, dar în același timp asta presupune favorizarea celor care sunt deja cei mai favorizați (întărește inegalitatea socială), în a le da un sentiment de superioritate, intrând într-o competiție nefastă.

În general, metodele adaptate răspund fie unei accelerări, fie unei îmbogățiri a învățământului. Regăsim în ceea ce învață orice școlar faptul că: *„Este mai bun un cap bine făcut decât un cap plin"* (Montaigne, 1533-1592).

BIBLIOGRAFIE

BINET A., SIMON TH.: La mesure du développement de l'intelligence chez les jeunes enfants. *Publications de la Société Alfred Binet.* Bourrelier ed., Paris, 1954, a 8-a ed.

CHIVA M.: *Débiles normaux et débiles pathologiques.* Delachaux et Niestlé, Lausanne, 1973.

DAILLY R.: Débiles pathologiques et débiles normaux. *Méd. Inf.*, 1976, 83, (8), 971-986.

GARRONE G., GUIGNARD F., RODRIGUEZ R.: Etude pluridimensionnelle du syndrome dit „Débilité mentale légère", *Confrontations Psychiatriques*, Spécia, 1973, (10), 85-112.

GIBELLO B.: Les retards ou régressions d'organisations du raisonnement. *Neuropsych. Enf. et Adol.* 1985, 33, 1, 3-11.

GIBELLO B.: *L'enfant à l'intelligence troublée.* Centurion ed. Paris, 1984, vol. I.

KAUFMAN A.S. & coll.: *L'examen psychologique de l'enfant K-ABC*, I vol., La pensée Sauvage, 1995.

MANNONI M.: *L'enfant, sa „maladie" et les autres.* Seuil, Paris, 1967, 1 vol.

MISES R.: *L'enfant déficient mental.* PUF, Paris, 1975.

MISES R.: Approche psychopathologique des déficiences intellectuelles de l'enfant. *Pédiatrie*, 4101 J., 10, EMC, Paris, 1979.

PRAT G.: Vingt ans de psychopathologie de l'enfant doué et surdoué en internat psychothérapique. *Neuropsychiat. de l'enfance,* 1979, 27, (10-11), 467-474.

ROUX-DUFORT L.: A propos des enfants surdoués. *Psychiat. Enf.*, 1982, 25, 1, 27–149.

TERMAN L. & coll: *Genetic studies of genius.* Stanford University Press, California, vol. I, 1925; vol. II, 1926; vol. III, 1930; vol. IV, 1947; vol. V, 1959.

TERRASSIER J.-C.: Le syndrome de dyssynchronie. *Neuropsychiat. de l'enfance,* 1979, 27, (10-11), 445-450.

ZAZZO R. & coll.: *Manuel pour l'examen psychologique de l'enfant.* Delachaux et Niestlé, Lausanne, 1969, a 3-a ed.

ZAZZO R.: *Les débilités mentales.* A. Collin, Paris, 1971, a 2-a ed.

NUMEROS SPECIAUX: *Confrontations psychiatriques*, Spécia, Paris, 1973, n° 10, 1 vol. Articles de Mises, Lang, Perron, Garrone, Taylier, etc.

NUMEROS SPECIAUX: *Médecine Infantile:* 3 numéros avec des articles de: Dailly, Plantade, Rondil, Fessard, Lefort, Blondel, Wolf etc. 1 1976, 83 (8), 881-1010; 2 1978, 85 (3), 301-413; 3 1978, 85 (4), 419-559.

NUMEROS SPECIAUX: *Revue de Neuropsychiatrie*, puis *Neuropsychiatrie de l'Enfance:* articles de Lang, Gibello, Mises, Kholer, Tomkiewicz etc. 1974, 22 (1-2), 1-150; 1979, 27 (1-2), 3-124; 1981, 29 (1-2), 1-122.

10 TULBURĂRI DE COMPORTAMENT

Regruparea în același capitol a unor conduite foarte diverse este justificată mai degrabă de obiceiul de a le trata în ansamblu, decât printr-o unitate psihopatologică. Singurul lor punct comun este acela de a fi conduite socializate, evoluția lor depinzând în mare parte de procesul de socializare și de deviațiile sale. În afara acestui punct, regruparea în același capitol a minciunii, furtului și fugii este arbitrară și nu are valoare în sine.

Aceste conduite simptomatice nu trebuie integrate aprioric într-o organizare patologică specifică (cum ar fi psihopatia), ci trebuie înțelese ca dovezi ale dezvoltării progresive a copilului, în special discriminarea progresivă între fantasmă și realitate, dependență și independență, între sine și non-sine. Din acest motiv, pentru toate aceste conduite există un continuum ce merge de la normalitate, în cadrul căreia acestea participă la procesul de dezvoltare, până la expresia unor organizări patologice foarte variabile. În orice caz, dacă aceste conduite nu par să aibă o semnificație psihopatologică deosebită, atunci când survin în manieră intermitentă sau izolată, în schimb repetarea și reproducerea lor în timp, asocierea lor, pot constitui primele semne pentru ceea ce la adolescență va deveni o organizare psihopată manifestă (v. *Adolescență și psihopatologie:* conduitele psihopate).

1. — MINCIUNA

„Minte cum respiră“ este un dicton ce se aplică adesea copilului, subliniind cele două componente ale minciunii:

- frecvența sa;
- funcția sa cvasi-vitală.

Dacă toți copiii mint, înseamnă că există un motiv. La nivelul investirii limbajului, către vârsta de 3-4 ani, când copilul descoperă această nouă posibilitate de a nu spune totul, se depășește o etapă importantă. A minți înseamnă pentru

copil posibilitatea de a cuceri puțin câte puțin certitudinea că lumea sa imaginară internă este a lui personal. Dacă este adevărat că la început copilul nu face prea bine distincția între realitate și lumea sa imaginară, în schimb el va percepe foarte repede în lumea materială care îl înconjoară ceea ce este adevărat și ceea ce este fals. Totodată, această distincție nu își va dobândi semnificația deplină înainte de 6-7 ani, vârstă la care se integrează mai solid diversele valori sociale și morale. Dacă a minți îi poate permite copilului să continue să se protejeze, a spune adevărul se va integra treptat într-o conduită socială în care stima de sine și recunoașterea altora se vor afla în primul plan.

Numeroși autori au propus o reflecție asupra minciunii. Trebuie să precizăm mai întâi definiția: minciuna este acțiunea de a altera cu bună știință adevărul; este vorba despre propoziții ce conțin o aserțiune contrară adevărului. Mai poate fi atribuit un al doilea sens minciunii: în registrul poetic, aceasta face trimitere la fabulă și la ficțiune. În plan filosofic și moral, două cupluri se află în mod constant în opoziție: pe de-o parte, cuplul adevăr–minciună, iar, pe de altă parte, cuplul adevăr–greșeală.

La copil, distincția între adevărat și fals, apoi între adevăr și minciună, este progresivă. Pentru Piaget, înainte de 6 ani, copilul nu face distincția între minciună, activitate ludică și fabulație. Treptat, după vârsta de 8 ani, minciuna își va dobândi dimensiunea intențională. Între aceste două etape, de-o parte fiind prevalentă activitatea ludică, fabulația și fantasma, înainte de 6 ani, iar de cealaltă parte aflându-se minciuna intenționată, după 8 ani, se situează o perioadă în care adevărul și falsul sunt distincte, dar minciuna se confundă cu greșeala.

De la Freud încoace, minciuna a făcut obiectul câtorva cercetări ale psihanaliștilor, care recomandă pacienților tocmai „să spună tot“. Freud însuși a pus în legătură primele întrebări ale copilului referitoare la naștere cu minciuna adultului. De fapt, spunea el, la întrebarea *„de unde vin copiii?“* se răspunde prin povestea cu barza. Pentru Freud: *„În acest prim act de neîncredere își are originea independența sa intelectuală și adesea se simte, din acea zi, într-o gravă opoziție cu adulții cărora nu le iartă în fond niciodată că l-au înșelat în această privință“*. Totodată, trebuie să recunoaștem că în zilele noastre toți copiii știu că bebelușul este în pântecele mamei, dar continuă să mintă referitor la asta. De asemenea nu credem că minciuna copilului se poate fonda pe această primă minciună a adultului. De partea sa, Ferenczi a dezvoltat o noțiune interesantă, legând minciuna de noul sentiment de „atotputernicie a gândirii“. Această atotputernicie a gândirii poate fi pusă în serviciul prezervării narcisismului infantil, de asemenea atotputernic, al Eului Ideal: minciuna devine atunci un mijloc de redobândire a acestei atotputernicii sau cel puțin de menținere a iluziei sale. Minciuna compensatoare, asupra căreia vom reveni, se înscrie direct în această perspectivă. Complementar acestui punct de vedere este cel al lui Tausk:

pentru acest autor, importanța minciunii constă în faptul că, prin ea, copilul descoperă non-transparența gândirii, pe când el are uneori fantasma că părinții lui, în special mama, îi pot cunoaşte, îi pot ghici toate gândurile. Minciuna devine dovada că există o limită între imaginarul fiecărui individ, că psihicurile nu se confundă. M. Klein formulează o ipoteză orientată în acelaşi sens întrucât ea leagă minciuna copilului de declinul puterii parentale. Vom încheia aceste câteva note cu Anna Freud care pare că, vorbind despre minciună, se referă în special la fabulație atunci când insistă asupra fenomenelor regresive şi la predominanța proceselor primare asupra proceselor secundare.

Reflectând asupra tuturor acestor funcții interesante ale minciunii, ne putem pune în mod legitim o întrebare, inversând interogația inițială, şi anume nu „de ce mint copiii?", ci „de ce spun uneori adevărul?". De fapt, a spune adevărul nu vine de la sine, ci reprezintă o veritabilă învățare progresivă. Învățarea limbajului constituie în sine o incitare la minciună chiar şi numai prin importanța acestei perioade a limbajului ce corespunde fazei anale de dezvoltare libidinală, când copilul spune „nu" la tot, când instaurează o delimitare în propriul discurs. Există deci o întreagă învățare socială a adevărului: părinții valorizează în general mărturisirea adevărului şi fac din el dovada unui comportament de responsabilitate impregnată de adultomorfism. A spune adevărul va deveni pentru copil, puțin câte puțin, o modalitate mai subtilă de a-şi satisface părinții, de a satisface exigențele sociale şi, *in fine*, de a-şi satisface propria stimă de sine, adică propriul narcisism. Percepem încă de pe acum unul dintre paradoxurile minciunii: de fapt, dacă în mod primitiv minciuna poate fi pusă în serviciul atotputerniciei narcisice, utilizarea sa persistentă nu face decât să scadă stima de sine şi, în consecință, fundamentul narcisic al persoanei: treptat, minciuna devine un paravan a cărui unică funcție este de a masca acest vid narcisic: mitomania constituie ilustrarea tipică.

În plan clinic, în mod clasic se disting, la copil, trei tipuri de minciună: minciuna utilitară, minciuna compensatoare, mitomania.

1.1. — MINCIUNA UTILITARĂ

Corespunde foarte direct cu minciuna adultului: a minți pentru a obține un avantaj sau pentru a evita o neplăcere poate să apară ca o conduită la îndemână, al cărui exemplu îl constituie disimularea sau falsificarea notei de la şcoală.

Comportamentul anturajului față de această conduită banală în sine va determina modul de evoluție. Neatent sau prea credul, anturajul riscă să-i favorizeze continuarea, riguros şi moralizator în mod excesiv, poate provoca o adâncire într-o conduită din ce în ce mai mincinoasă (a doua minciună pentru a o explica pe prima). Relevarea acesteia, fără a insista prea mult asupra sa, permite copilului păstrarea aparențelor şi totodată înțelegerea inutilității acesteia. Atitudinea copilului în fața minciunii depinde în parte de comportamentul adultului, în special al părinților. Foarte adesea adulții mint copilul devalorizându-şi astfel propriul cuvânt. Nu este rar ca micul mincinos să aibă părinți mincinoşi... chiar dacă este „pentru binele lui". Minciuna poate atunci să devină un mod de comunicare privilegiat, dacă nu unic, asociindu-se altor comportamente deviante: fugă, furt etc.

1.2. — MINCIUNA COMPENSATOARE

Traduce nu căutarea unui beneficiu concret, ci căutarea unei imagini pe care subiectul o crede inaccesibilă sau pierdută: îşi inventează o familie mai bogată, mai nobilă sau mai savantă, îşi atribuie merite şcolare, sportive sau războinice... În realitate, această reverie este banală şi normală, cel puțin în copilăria mică şi când ocupă un loc rezonabil în imaginarul copilului.

Anumiți copii dezvoltă o reverie imaginară ce ocupă un loc predominant sau care devine foarte elaborată. În „romanul familial", copilul îşi construieşte o întreagă familie şi dialoghează cu diverşii săi membri; de asemenea, poate să îşi inventeze un dublu, deseori un frate sau o soră, sau un prieten cu care îşi comentează viața, în compania căruia se joacă. Banale până la vârsta de 6 ani, când astfel de conduite se înscriu în spațiul de reverie tranzițional ce permite copilului să îşi elaboreze identitatea narcisică, dincolo de această vârstă persistența lor semnalează adesea tulburări psihopatologice mai marcate: personalitate de tip isteric, imaturitate traducând incertitudine în identificări, tulburări mai profunde ale conştiinței de sine. Astfel, fabulația constituie una dintre conduitele caracteristice copiilor pre-psihotici.

1.3. — MITOMANIA

Este gradul extrem al acestei reverii fabulatorii. Această entitate nosografică a fost propusă de Dupré, în 1905, care numea astfel „tendința patologică mai mult sau mai puțin voluntară şi conştientă la minciună şi la crearea de istorii imaginare". Mitomania este descrisă de acest autor ca vanitoasă, malignă, perversă şi, adaugă el, încă fiziologică la copil. Atunci când se încearcă înțelegerea semnificației psihopatologice a mitomaniei, se constată adesea că aceasta este un veritabil suport narcisic, dar un suport construit în aer, pe care, totuşi, copilul îl ține tocmai ca o amăgire în fața acestui vid. Copilul grav mitoman este adesea confruntat cu carențe

extrem de severe, nu numai carențe în contribuțiile afective obișnuite și necesare, ci și carențe în liniile parentale, incertitudini de identificare (tată și/sau mamă necunoscut(ă)) sau mai mult, cunoscut(ă) de anumiți membri ai familiei, dar ținut(ă) ascuns(ă). Foarte apropiat de mitomanie se află delirul de reverie: termen datorat lui G. Heuyer, care caracterizează copiii ce trăiesc în permanență într-o lume de vis cu tematică megalomană, în care distincția între delir și reverie nu este întotdeauna clară. Echivalentul său la adult îl constituie parafrenia.

2. — FURTUL

Furtul este conduita delincventă cea mai frecventă la copil, reprezentând aproximativ 70% dintre „delictele" minore. Se observă mult mai frecvent la băiat decât la fată, iar frecvența sa crește o dată cu vârsta.

Totodată, nu se poate vorbi de furt înainte să fie dobândită clar noțiunea de proprietate de către copil: *„Conceptele de «al meu» și «nu este al meu» se dezvoltă foarte progresiv, în paralel cu progresul care îl conduce pe copil către desăvârșirea individualității sale"*, declară Anna Freud. Noțiunea de „al meu" este dobândită de altfel cu mult înainte de cealaltă noțiune care necesită renunțarea de către copil la egocentrismul său inițial. Copilul trece în mod natural printr-o perioadă în care totul îi aparține, sau cel puțin totul este proprietatea sa potențială. În această perioadă „a fi privat de" sau „a fi furat" are un sens pentru el, în vreme ce „a lua cuiva" sau „a fura" nu are.

În același timp, noțiunea de furt reclamă, în afara dezvoltării suficiente a noțiunii de proprietate, de limită a sa și a altuia, dezvoltarea conceptului moral de bine și de rău, cu toate implicațiile sale socio-culturale. De asemenea, abia la vârsta la care socializarea începe să dobândească un sens pentru copil, adică în jur de 6-7 ani, conduita de furt poate să fie numită astfel, nu numai de către observator, dar și de către copil.

Cu vârsta, se observă o evoluție progresivă a naturii furturilor, mergând de la dulciurile furate de copil acasă, până la furturile caracteristice și repetate ale adolescentului organizat în bandă. Totodată, nu există o înlănțuire ineluctabilă, iar copilul care fură în manieră accidentală nu va deveni neapărat un hoț (Lauzel).

2.1. — CIRCUMSTANȚELE FURTULUI

Locul furtului este la început domestic: copilul mic fură de acasă (dulciuri, monede), la început de la membrii familiei: părinți, frați; apoi cercul furtișagurilor

se lărgește la vecini sau prieteni, la școală (vestiar), la clubul sportiv, în fine la stradă și la magazine (mărfurile expuse din supermarket).

Obiectele furate, anodine la început și semnificative pentru solicitările copilului (bomboane, mâncare, jucării micuțe), devin rapid mai utilitare: bani (furturi domestice care pot ajunge la sume importante), obiecte râvnite (discuri, cărți) sau uneori colecționate (scrumiere), mijloace de transport, biciclete apoi motociclete, ajungând până la mașină la adolescent. Obiectul este uneori aberant în sensul că nu îi este necesar copilului, ci actul de furt ca atare este cel investit.

Utilizarea obiectului furat este foarte variabilă. Acesta este uneori direct consumat sau utilizat. Alteori, este ascuns cu grijă, obiectele sunt adunate, dar nu sunt utilizate atunci când furturile se repetă, fiind însoțite de un sentiment de angoasă și de teama de a fi descoperit. În alte cazuri, care nu sunt rare, obiectul este abandonat în manieră ostentativ vizibilă, ca și cum copilul ar căuta să fie descoperit și denunțat; sau se mai întâmplă să fie spart și distrus, sau dăruit și distribuit altora (mâncare, bani, discuri, cărți etc.): furturile generoase descrise de Heuyer și Dublineau.

2.2. — COMPORTAMENTUL COPILULUI

Prezintă mari variații legate uneori de vârstă. Jena și sentimentul de culpabilitate există rareori la început. Copilul mic își însușește obiectul fără vinovăție: reacția anturajului la aceste prime conduite le va conferi un sens secundar.

Uneori se observă o luptă anxioasă împotriva gestului, acesta fiind realizat în culmea tensiunii care apoi se liniștește; copilul este singur atunci când fură, jenat, apoi apare un sentiment de culpabilitate care poate explica căutarea pedepsei. Alteori, dimpotrivă, furtul nu este însoțit nici de tensiune nici de culpabilitate, este trăit ca o revendicare îndreptățită sau remedierea unei lipse. Însăși ideea furtului poate fi refulată, copilul sau adolescentul vorbind în acest caz de un împrumut, în special când este vorba despre vehicule. Se poate întâmpla și să fie vorba despre o provocare, de un ritual de inițiere în legea unei bande, sau chiar de furt „sportiv", veritabilă competiție între adolescenți. Cu cât furtul se înscrie mai mult într-un comportament de grup, cu atât semnificația sa antisocială riscă să fie mai mare.

2.3. — ORIGINEA PSIHOGENETICĂ ȘI SEMNIFICAȚIA PSIHOPATOLOGICĂ A FURTULUI

Revendicarea față de obiect, pe care o implică în mod evident conduita de furt, a fost percepută de majoritatea autorilor: noțiunile de carență afectivă, de abandon intra-familial sau real, de separare parentală, de extremă rigoare sau de demisie educativă totală însoțesc toate descrierile copilului care fură.

De altfel, mama este în mod obișnuit prima persoană furată. Winnicott subliniază referitor la acest fapt că *„atunci când un copil fură un obiect, el nu caută obiectul furat, ci o caută pe mamă, asupra căruia el are niște drepturi"*. Atunci când mama dezamăgește copilul, acesta din urmă consideră că are drepturi asupra ei; furtul (din punctul de vedere al unei terțe persoane) nu este pentru el decât o justă reînsușire a bunului său. Winnicott insistă asupra faptului că furtul nu are întotdeauna o semnificație negativă: persistă o revendicare, o speranță față de obiect. Important este ca această așteptare să nu fie decepționantă. Astfel, reacția părinților este primordială, situându-se între două extreme nefaste.

Pe de-o parte, o rigiditate excesivă conferă unei conduite banale o semnificație patologică de la început: copilul este un hoț și va deveni *ipso facto* un suspect permanent. Copilul se poate închide atunci într-o conduită masochistă repetitivă, în care temerile sunt confirmate de fiecare dată, atât în ceea ce-l privește pe copil, cât și pe părinții lui sau anturajul său (învățător, educator).

La cealaltă extremitate întâlnim toleranța, dacă nu o veritabilă complezență față de aceste conduite: copilul se simte scuzat, sau chiar autorizat. Anumiți părinți proiectează astfel asupra copilului lor propria tendință antisocială pe care devin incapabili să o limiteze.

Pornind de la acest sentiment de carență inițială (reală sau fantasmatică din partea copilului) și de la reacția parentală la primele furturi, această conduită dobândește un sens în organizarea sa psihopatologică. Și aici, în sânul proceselor mentale de interiorizare a legii parentale (materne și apoi paterne) și a legii sociale, adică în organizarea progresivă a Supraeului, furtul se situează pe un continuum care merge de la o extremitate marcată de o rigiditate excesivă a Supraeului de care copilul nu se poate elibera, până la cealaltă extremitate marcată de absența totală a instanței critice și al cărei rezultat este conduita antisocială.

Astfel, furtul se observă în cadrul unei organizări nevrotice evidente: revendicarea unei afecțiuni sau a unei autorități se impregnează frecvent cu un sentiment de culpabilitate (spre exemplu la copiii provenind din părinți separați): furtul satisface simultan lipsa și nevoia de pedeapsă.

La cealaltă extremitate, furtul este una dintre conduitele simptomatice cele mai obișnuite ale psihopatiei și semnalează frecvent modul de intrare în delincvență. Conduita antisocială poate fi cercetată în calitate de rit de inițiere

în grup. Deseori furtul se înscrie într-o conduită deviantă, mai organizată, în care beneficiile materiale sau financiare sunt direct căutate. Culpabilitatea este adesea complet negată, proiectată în exterior, uneori chiar cu complezența mass-media: este vina societății.

În stadiul intermediar se situează furtul obiectului-fetiș sau de asemenea investirea perversă a conduitei de furt: satisfacția nu poate fi obținută decât prin anumite obiecte (lenjerie feminină) sau numai în cadrul trecerii la act ca atare. Culpabilitatea sau rușinea nu însoțesc neapărat trecerea la act, dar îi urmează adesea.

3. — FUGA

Un copil fuge atunci când abandonează locul unde ar trebui să fie în mod normal, pentru a umbla ore în șir, sau chiar zile, fără a se întoarce acasă.

Ca și în cazul furtului, este dificil să vorbim despre fugă la copil înainte ca acesta să fi dobândit o conștiență clară a domiciliului său: copilul mic, care se rătăcește la piață, într-un magazin mare sau pe plajă nu este un fugar. În practică, nu se vorbește despre fugă înainte de 6-7 ani.

3.1. — CIRCUMSTANȚELE FUGII

Durata fugii este foarte variabilă și depinde în parte de vârsta copilului. Preadolescenții și adolescenții pot face fugi prelungite, în vreme ce copilul mic se întoarce, sau se lasă prins de poliție la căderea nopții.

Atunci când fuge, cel mai adesea, copilul nu are nici un scop: rătăcește în jurul domiciliului, se ascunde mai mult sau mai puțin în locuri din împrejurimi (groapă, teren viran). Uneori se duce în locuri de predilecție (centru comercial, intrarea în cinematograf) sau umblă fără rost, indecis și fără ocupație. În mod manifest caută să fie prins sau găsit de către părinți sau vecini. În alte cazuri, fuga are un scop precis. Când este vorba despre un copil mic (mai mic de 11-12 ani), scopul fugii este de a părăsi un loc detestat sau temut pentru a ajunge altundeva (fugă pentru a fi cu bona, cu bunicii). Cu cât este mai mare copilul, și în special la adolescență, cu atât fuga se înscrie mai mult într-un comportament socializat în cadrul unui grup: fugă pentru a merge la „prieteni", pentru a face o „plimbare". În această situație, fuga face adesea parte dintr-un comportament numit psihopat și poate constitui ocazia unei conduite antisociale mai caracteristice (furt, violență).

Mai mult decât în cazul furtului, nu există un profil psihopatologic specific

fugarului. Un element pare sigur: frecvența extrem de mare a rupturilor pe care copilul fugar le-a suferit în viață: divorț sau separare a părinților, abandon, carență afectivă, plasamente multiple, mutări numeroase. Acești factori par cu atât mai preponderenți cu cât copilul este mai mic. La adolescentul fugar, în schimb, cei care predomină sunt factorii generali de predelincvență (psihologici, sociologici, economici).

Impulsivitatea caracterizează o bună parte dintre copiii fugari pentru care fuga reprezintă o descărcare motorie pusă în act în fața unei tensiuni insurmontabile de care fug. Pentru alții, dimpotrivă, fuga este pregătită cu mult timp înainte sau cel puțin imaginată înainte, și poate reprezenta o conduită relativ adaptată pentru a exprima o suferință sau o cerere pe care adulții refuză să o înțeleagă: așa se întâmplă cu copiii care suferă plasamente frecvente împotriva voinței lor (probleme datorate limitei de vârstă impuse de instituții sau anumite plasamente familiale) sau fără să se țină suficient cont de părerea lor.

3.2. — TIPURI DE FUGĂ

Printre formele etiologice vom aminti clasica *fugă epileptică*, mult mai rară decât s-a descris. Dacă epilepsia temporală poate explica o deambulare, ea se află rareori la originea unei conduite elaborate.

Fuga isterică cu amnezie se întâlnește rar la copil, dar se întâlnește uneori la adolescent(ă).

Rătăcirea copilului psihotic sau autist merită cu greu numele de fugă. Anumite psihoze se caracterizează totuși printr-o nevoie compulsivă a copilului de a scăpa de orice limită impusă, inclusiv limitele locului. La adolescență, nu este rar ca un episod delirant acut sau un debut de schizofrenie să înceapă printr-o „călătorie patologică“ ce se prezintă ca o fugă într-un context discordant.

Vom atribui un loc aparte *fugilor de la școală*, care sunt foarte frecvente. La început sunt greu de deosebit de chiulitul de la școală, în timpul căruia copilul umblă pe străzi sau se ascunde până la ora normală de întoarcere acasă de la școală. Este vorba adesea despre copii care au dificultăți școlare, aflându-se în situație de eșec sau care au un comportament mai clar psihopat. În schimb, fugile școlare repetate sunt însoțite frecvent de un context anxios și pot inaugura o veritabilă fobie școlară (v. cap. 23) care se integrează atunci într-o organizare nevrotică infantilă. Aceste fugi școlare pot rămâne mult timp ignorate de către familie, în vreme ce copilul se preface că merge la ore și vine acasă la ora obișnuită, procurându-și uneori temele de la un coleg sau chiar inventându-le el însuși, și cu carnetul de note la îndemână. În cele din urmă, fie familia sfârșește prin a descoperi realitatea, fie angoasa copilului atinge un asemenea grad încât le spune singur părinților.

Dacă, în mod evident, nu există un tratament specific pentru fugă, vom semnala totuși atitudinile care induc de regulă conduita de fugă. În primul rând al acestora, reprimarea conduce, în special la adolescent(ă), la o recrudescență a fugilor. Primele modalități de răspuns ale anturajului, atunci când se produc în acest mod (interzicerea ieșirilor, supraveghere, închidere în cameră), riscă să cristalizeze o conduită patologică în care copilul găsește un anumit beneficiu în a mobiliza familia, când nu este vorba despre poliție sau jandarmerie, dobândind o confirmare a atașamentului părinților, de fiecare dată când se îndoiește de acesta.

4. — CONDUITELE DE ADICȚIE

Anchetele epidemiologice confirmă experiența clinicianului: populația cu vârsta între copilărie și preadolescență (între 9-10 și 13-14 ani) este din ce în ce mai mult implicată în consumul anumitor droguri sau al unor produse deviate de la utilizarea lor normală (lipici, solvenți), precum și în consumul de tutun și alcool.

4.1. — CONSUMUL DE ALCOOL

Toate studiile epidemiologice efectuate în diferite țări (Franța, țările scandinave, Statele Unite, URSS...) pun în evidență o serie de date asemănătoare:

– o vârstă din ce în ce mai precoce a debutului consumului; 7, 8, 9 ani sunt vârste frecvent citate;

– un procentaj deloc neglijabil de copii care beau regulat; 6,4% între 6-10 ani beau bere la masă, 1,3% beau vin (Zourbas, Rennes, 1981);

– între 11 și 13 ani, 30% dintre băieți, 21% dintre fete consumă ocazional și 5% dintre băieți, 2% dintre fete, în mod regulat (Choquet, 1994);

– manifestările de beție încep încă de la vârsta de 10 ani, cu recidive frecvente (3% dintre liceeni afirmă că au fost beți cel puțin de trei ori înainte de 16 ani). Acest tip de alcoolizare caracterizează ulterior consumurile numite „toxicomane“ ale anumitor adolescenți: beție, starea fiind sistematic căutată;

– o creștere importantă a consumului de bere, cidru, dar și a aperitivelor sau a băuturilor digestive în detrimentul vinului;

– majoritatea sunt băieți, deși consumul de alcool la fete crește uneori mai repede decât cel al băieților;

– factorii de mediu par să joace un rol preponderent. Copiii evoluează în general într-un mediu psihosocial încărcat: mamă singură adesea, tată în mod obișnuit alcoolic atunci când este acasă, conduite frecvente de inadaptare la școală sau acasă;

– primul contact cu alcoolul se produce cel mai adesea în familie, cu ocazia sărbătorilor sau al unor ceremonii (căsătorie, aniversare...), spre deosebire de alcoolizarea adolescenţilor care beau între ei;

– printre factorii care ar trebui să conducă la teama unei recidive după o primă criză de beţie, se pot menţiona: dacă e băiat, a comis acte de delincvenţă, are tată alcoolic, beţia a avut loc în timpul săptămânii şi nu la sfârşitul săptămânii sau cu ocazia unei sărbători (Rydelius & col., 1985).

– vârsta de debut a consumului pare să joace un rol în consumul abuziv ulterior al adultului. Astfel, printre tinerii care începeau să consume încă de la 11–12 ani, regăsim 13,5% care consumă abuziv şi 15,9% care răspund la criterii de dependenţă la alcool zece ani mai târziu (Dewit D. J. şi col., 2000). Aceste cifre sunt, respectiv, de 2% şi de 1% atunci când consumul a debutat la 19 ani sau mai târziu. Semnalăm totodată că şi corelaţia pare mai dificil de afirmat atunci când consumul de alcool debutează foarte devreme, înainte de 10 ani (dificultatea de a obţine date fiabile din cauza eşantioanelor de dimensiune redusă).

4.2. — CONSUMUL DE TUTUN

În timp ce consumul de tutun s-a stabilizat, chiar s-a diminuat la adolescenţi (prevalenţa tabagismului a diminuat de la 50% în 20 de ani la cei de 12–18 ani: 46% în 1977, 25% în 1997; CFES, barometrul sănătăţii tinerilor din 1997–1998, *in* Alvin P., Marcelli D., *Medicina adolescentului,* 2000), consumul de tutun creşte în categoriile de vârstă mai mici şi pare de asemenea să crească la copiii mai mari (8–12 ani). În Canada, 6,5% din băieţii de 10–12 ani afirmă că fumează ocazional şi 4,8% dintre fete, 8,4% din băieţii de 11 ani declară că fumează în mod regulat. În Franţa, 4% fumează ocazional între 10 şi 13 ani, iar 1% fete şi 2% băieţi fumează în mod regulat (Choquet M., 1994). Nu dispunem de studiul epidemiologic în populaţia generală pentru clasele de vârstă inferioară.

În anchetele franceze (Choquet M., Ledoux S., 1994), tabagismul precoce (definit ca un consum cotidian de zece ţigări sau mai mult) apare ca unul dintre cele mai importante criterii de risc pentru numeroasele dificultăţi psihopatologice ulterioare (consumuri abuzive de diverse alte produse, dificultăţi şcolare şi fugi precoce, tulburări de comportament şi conduite delincvente etc.). Rolul celor de aceeaşi vârstă este esenţial, incluzându-l şi pe cel al „fraţilor mai mari" (vezi *infra*) mai ales în timpul iniţierii consumului, în timp ce în menţinerea consumului rolul acestora este mai complex şi incert (Ledoux S. şi col., 2000).

4.3. — CONSUMUL DE HAŞIŞ

În ancheta naţională asupra adolescenţilor (Choquet M., 1994), 2% din cei de 11–13 ani au fumat deja haşiş şi 1% fumează în mod regulat. Acst consum este rareori izolat: el merge alături de consumul de tutun şi/sau de alcool. Alte droguri, cel puţin în Franţa, sunt practic inexistente, cu excepţia solvenţilor.

4.4. — CONSUMUL DE SOLVENŢI

Produsele utilizate sunt foarte diverse: solvenţi industriali vânduţi în drogherii (acetonă, tricloretilenă), solvenţi conţinuţi în anumite produse (lipici pentru machete sau mobilă, lac, vopsea, soluţii de scos pete...), gaz propulsor de aerosoli... până la urmă orice produs care provoacă efecte de ebrietate şi/sau euforizante poate fi utilizat, indiferent de toxicitatea sa naturală.

Inhalarea produsului se face în aer liber, singur sau cel mai adesea în trei sau patru: într-un recipient (fund de sticlă, lingură), pe un tampon pus sub nas sau pur şi simplu ţinut în mână şi inhalat (sniffage[20]). Uneori este încălzit pentru a accelera evaporarea.

Efectele sunt mai întâi ebrietatea şi o euforie rapidă (quick drunk[21]) acompaniată de o stare de bine. Foarte rapid pot să apară complicaţii în funcţie de cantitatea şi natura produsului inhalat: cefalee, vărsături, tulburări de echilibru, tulburări neurologice care pot merge până la coma cu sau fără convulsii. Numărul de decese, deşi încă minim, creşte regulat (11 în 1981, 20 în 1983 în Franţa). Mai rar apar alte complicaţii psihice: halucinaţii cu viziuni colorate, alterarea experienţei temporale, senzaţie de derealizare. Conduite auto- sau hetero-agresive pot însoţi aceste trăiri specifice. Atunci când nu se produc complicaţii, starea de ebrietate şi euforie dispare rapid şi copilul poate repeta de mai multe ori aceste prize controlându-şi astfel experienţa.

Toleranţa se dezvoltă foarte rapid conducându-l pe copil la creşterea dozelor; poate să apară şi o *dependenţă.*

Complicaţiile nu sunt rare. În afara complicaţiilor neurologice deja evocate, vom cita fără a detalia: complicaţiile nefrologice (tricloretilenă, toluen), hepatologice, cardiologice, hematologice, pneumologice.

Spre deosebire de consumul de alcool, aceste inhalaţii (sniffage) se practică în afara familiei, în bandă mică, în gropi, în localuri abandonate, în spatele unei palisade. Aspectul „epidemic" este frecvent: mai mulţi copii sau preadolescenţi

[20] În limba engleză în text. (n. t.)

[21] ibid.

din aceeaşi clădire sunt implicaţi deodată. Autorii americani consideră că aceşti copii provin adesea din „clasa medie“, a căror structură familială ar fi de „tip rigid“. În Franţa, autorii pun înainte carenţa afectivă şi educativă, copiii părând să provină din „mediul defavorizat“ şi suferind adesea de situaţii de abandon (Charles-Nicolas). Eşecul sau respingerea şcolară sunt obişnuite. În 76% din cazuri este vorba despre băieţi. Durata medie a perioadei de inhalaţie (sniffage) este aproximativ de doi ani. Este încă dificil de prezis evoluţia inhalaţiilor (sniffage). Botbol & col. disting printre acestea: un „pol de asumpţie“ în care este pus înainte grupul, plăcerea senzorială şi conduita de sfidare. Aceşti preadolescenţi sunt expuşi riscului de adicţie; un „pol de abolire“ în care este pusă înainte inconştienţa, riscul fizic. Mai degrabă solitară, priza poate merge până la conduite de autodistrugere.

Absenţa abordării individuale, a angajamentului într-o relaţie terapeutică sau a evaluărilor psihologice (bilanţ psihologic) efectuate pe un număr suficient de copii fac aleatorii ipotezele psihopatologice. Carenţa afectivă, depresia şi conduitele de evitare a acesteia (comportamente riscante, conduite provocatoare) sunt deseori evocate.

Problemă socială majoră, această toxicomanie a „săracului“ care devine şi a copilului, pune problema măsurilor de prevenire şi asistenţă a unei copilării în pericol (v. ultima parte).

BIBLIOGRAFIE

Botbol M., Angel P., Facy F., Isserlis C.: *Adolescents et inhalation volontaire de solvants volatiles*. Neuropsychiat. Enf. Ado., 1988, 36, 2-3: 87-96.

Charles-Nicolas A.: *Toxicomanie aux solvants chez les préadolescents*. Neuropsychiat. Enf. Ado., 1988, 36, 2-3: 61-63.

Lauzel J.P.: *L'enfant voleur*. PUF, Paris, 1966.

Michaux L.: *L'enfant pervers*. PUF, Paris, 1961.

Neron G.: *L'enfant fugueur*. PUF, Paris, 1968.

Parquet Ph. J., Bailly D.: *Aspects de l'alcoolisation des enfants et des adolescents*. Neuropsychiat. Enf. Ado., 1988, 36, 2-3: 97-107.

Rydelius P.A.: Toxicomanie et alcoolisme chez les enfants et les adolescents en Suède. *In: Enfants dans la tourmente: parents de demain*, Coll. L'enfant dans sa famille, vol. 7. PUF, Paris, 1985, 193-203.

Sutter J.M.: *Le mensonge chez l'enfant*, PUF, Paris, 1972.

Winnicott D.W.: *De la pédiatrie à la psychanalyse: la tendance antisociale*. Payot, Paris, 1969, 175-184.

11 PSIHOPATOLOGIA JOCULUI

1. — GENERALITĂŢI

Deşi scrierile asupra jocului sunt foarte numeroase, nu există propriu-zis studii psihopatologice ale jocului copilului. Cu toate acestea, atât în domeniul explorării psihanalitice, cât şi în cercetările asupra dezvoltării cognitive, jocul a ocupat un loc considerabil. De la descrierea făcută de Freud, şi devenită clasică, a jocului cu bobina la un copil de 18 luni, numeroşi psihanalişti au observat copiii în situaţia de joc şi au dedus o serie de ipoteze metapsihologice, fără însă a elabora o teorie a jocului. La fel, jocul a fost pentru Piaget un instrument privilegiat de studiu al diverselor stadii cognitive.

Dincolo de locul său în maturizarea individului, dimensiunea socială a jocului a fost de timpuriu subliniată, chiar dacă semnificaţia sa nu este identică pentru toţi. Astfel, numeroşi autori consideră că jocul reproduce simplu comportamente, credinţe sau ritualuri care înainte erau încărcate de semnificaţii culturale (Hirn, Groos). Pentru alţii, în special Huizinga, dimpotrivă, tocmai din joc provine cultura; toate manifestările importante ale culturii sunt mulate pe el şi sunt tributare spiritului de căutare, de respect faţă de regulă, de detaşare pe care o creează şi o întreţine jocul.

Jocul ocupă în acelaşi timp un loc amplu în abordarea terapeutică a copilului. Prezenţa educatorilor în preajma copiilor bolnavi, existenţa spaţiilor de joacă în serviciile spitaliceşti de pediatrie sunt recunoscute ca o necesitate. În anumite servicii care tratează patologii grave, oferă tratamente intensive, îngrijiri cu aspect agresiv (cameră sterilă, spitalizare prelungită) este prezent chiar în mod regulat un clovn care permite copilului să suporte condiţiile de viaţă dificile şi să găsească derivative. Copilului cu dificultăţi psihopatologice îi sunt propuse numeroase şi diverse „terapii prin joc“, iar unii dintre ei beneficiază în mod incontestabil de pe urma acţiunii terapeutice.

La întrebarea de ce individul, copil sau adult, se joacă, există răspunsuri numeroase şi variate: jocul a fost înţeles când ca un surplus de energie ce trebuie

evacuată, când ca o trăsătură filogenetică a dezvoltării ontogenetice, când ca o manieră de a exersa viitoare competențe.

Analizele jocului s-au preocupat să descrie fie jocul ca atare, fie jucătorul, analiza structurală sau genetică.

Mai recent, jocul a fost analizat în dimensiunile sale interactive, în special jocurile nou-născutului sau ale bebelușului cu mama sa.

1.1. — CLASIFICAREA JOCURILOR

Clasificările jocurilor sunt foarte numeroase în funcție de perspectiva din care le descriu: socială sau culturală, genetică sau structurală etc.

Pentru Erickson gradul de socializare necesitat de un joc servește la clasificarea diverselor tipuri într-o perspectivă structuralistă. Acest autor descrie astfel jocuri care se desfășoară în atmosferă (explorarea senzațiilor corporale proprii), apoi în microsferă (mediul apropiat copilului) și, în final, în macrosfera socială.

J. Piaget propune la rândul său o clasificare întemeiată pe structura jocului dar care, în același timp, urmează îndeaproape evoluția genetică a proceselor cognitive. El distinge:

– *jocurile de exercițiu*, caracteristice în perioada senzorio-motorie, începând de la naștere până în jur de 2 ani. Pornind de la reacțiile circulare primare (utilizarea spontană a capacităților și funcțiilor pe măsură ce acestea apar), apoi secundare, bebelușul caută prin jocul senzorio-motor să armonizeze progresiv actele cu informațiile nou-primite și să incorporeze aceste informații de „a ști cum" și mijloacele de clasificare (v. cap. 1, 3.1.);

– *jocurile simbolice*, între 2 și 7-8 ani, adaugă exercițiului ca atare dimensiunea simbolismului și a ficțiunii, cu alte cuvinte capacitatea de reprezentare prin gesturi a unei realități non-actuale. Exemplul tipic este jocul de-a se face că, de „a se preface că". În opinia lui Piaget, jocul simbolic organizează gândirea copilului la un stadiu la care limbajul nu a atins încă un control suficient, permite manipularea și chiar producerea de imagini mentale în cursul cărora, grație repetiției, copilul asimilează situațiile noi;

– *jocul cu reguli*, în fine, mai întâi ca imitație a jocului celor mai mari, apoi organizându-se spontan pornind de la 7-8 ani, marchează socializarea copilului. În vreme ce jocurile precedente tind să descrească o dată cu vârsta, jocurile cu reguli, dimpotrivă, cresc în frecvență, dovedind importanța relațiilor și a codului social.

S. Millar, într-o perspectivă genetică, dar mai puțin centrată pe stadiile cognitive, distinge în faza senzorio-motorie jocurile de explorare, în care fie obiectul, fie experiența, sunt noi, jocurile de manipulare în care obiectul este cunoscut, jocurile de exercițiu unde se observă schimbări în activitate dar nu de obiect (a face tot ce este posibil cu același obiect), jocurile repetitive al căror rol este de a înregistra sau de a codifica experiența cu plăcerea pe care o reprezintă previzibilitatea acțiunii.

R. Caillois propune o clasificare structurală a jocurilor în funcție de o dublă axă:

– *prima axă* este reprezentată de un factor de ordine, de codificare, mergând de la jocul de improvizație liberă, cu o desfășurare fără griji pe care îl denumește *paidia*, până la jocul reglementat, riguros, care necesită răbdare, efort sau îndemânare, și pe care îl numește *ludus*. Autorul se apropie aici de opoziția anglo-saxonă dintre „play[22]" și „game[23]", care în limba franceză se traduc prin același substantiv: „joc";

– *a doua axă* se ocupă de descrierea structurii ca atare a jocurilor în funcție de patru componente fundamentale

- *agôn:* joc în care domină competiția;
- *aléa:* unde resortul ludic este hazardul;
- *mimicry:* domeniu al iluziei, al ficțiunii și „a se preface că";
- *ilinx:* unde senzația de vertij, de transă sau spasm alimentează jocul.

Fiecare din aceste patru componente poate să se asocieze cu altele, dar nu în manieră arbitrară, deoarece în opinia autorului există conjuncții fundamentale (*agôn* și *aléa*, *mimicry* și *ilinx*), contingente (*aléa* și *ilinx*, *agôn* și *mimicry*), sau chiar imposibile (*agôn* și *ilinx*).

1.2. — CONTRIBUȚIA PSIHANALITICĂ

La rândul lor, psihanaliștii au fost mai puțin atenți la descrierea jocului ca atare, cât mai ales la semnificația pe care acesta putea să o aibă în funcție de dezvoltarea psihoafectivă a copilului. Freud a deschis calea descriind acest copil de 18 luni care se juca în manieră repetitivă cu o bobină legată de un fir, strigând O-O-O (*fort:* departe, în germană) când îl arunca, apoi îl primea cu un *da* (uite) fericit la reapariția lui când îl trăgea de fir. Este remarcabil faptul că această observație este situată exact la 18 luni, vârstă de cotitură între jocul de

[22] În limba engleză în text. În română, ca și în limba engleză, există „joacă" și „joc". (n. t.)
[23] ibid.

exercițiu senzorio-motor și începutul jocurilor simbolice. Freud consideră că acest joc, prin bucuria pe care o oferă copilului, îi permite acestuia să asimileze psihic un eveniment impresionant (absența mamei), să îi devină stăpân și să inverseze astfel rolurile: nu mai este un subiect pasiv, ci devine un actor. Există în acest joc o interacțiune subtilă între manipularea repetitivă a absenței-prezenței bobinei și interiorizarea relației materne, la un stadiu la care limbajul este prea rudimentar pentru a fi un mediator al acestei simbolizări, deși este însoțit de gesturi esențiale (OOO, *da*). Apoi clasicul joc „de-a v-ați-ascunselea" sau „cucu-bau", cu participarea activă și maturativă a adultului care întărește stăpânirea de copil a noțiunilor de prezență și de absență.

Anna Freud, continuând descrierile tatălui său, pune în evidență un mecanism privilegiat în situația de joc, pe care îl denumește „identificarea cu agresorul", unde se observă tocmai inversarea atitudinii pasive în activă, transformarea masochismului în sadism, și însușirea stăpânirii. Ea subliniază totodată rolul fundamental pe care îl deține jocul în procesul de socializare a copilului, mergând până la a-l considera unul dintre elementele aptitudinii de a munci a adultului.

De partea sa, Melanie Klein și-a centrat de la început interesul asupra jocului care, în opinia sa, ocupă în analiza copilului același loc pe care îl are visul în analiza adultului. Ca și visul, jocul permite o satisfacere substitutivă a dorințelor, dar rolul său nu se oprește aici: grație mecanismelor de clivaj și proiecție, jocul permite evacuarea, prin intermediul personificării, încărcăturii de angoasă suscitată de conflictul intrapsihic, fie că este vorba de un conflict intersistemic (spre exemplu între un Supraeu arhaic și Sine), de un conflict între două imagini interiorizate clivate (sân bun–sân rău) sau de un conflict între două niveluri de relații interiorizate (imagini pregenitale și imagini oedipiene). Proiecția acestor conflicte, și a angoasei ce le însoțește, asupra realității externe reprezentate în joc, permite simultan o mai bună stăpânire a acestei realități și o liniștire a angoasei interne. Astfel *„jocul transformă angoasa copilului normal în plăcere"*.

Totodată, riscul unei astfel de concepții este de a face din joc reprezentarea directă a diverselor instincte sau pulsiuni, care conduce la o decriptare simbolică imediată ce se situează din capul locului la nivelul fantasmatic cel mai profund și mai arhaic. Riscă astfel să neglijeze studiul organizării formale a jocului și a locului pe care acesta îl ocupă în relația reală cu adultul.

Asupra acestei relații cu adultul, exprimată în joc, insistă Lebovici, Diatkine și Soulé, în special în cadrul psihoterapeutic: jocul este o experiență emoțională corectoare în prezența unui adult binevoitor, experiență în cursul căreia copilul exprimă nu numai afectele sale agresive, ci și relațiile pozitive pe care le are cu el.

Toate lucrările lui Winnicott poartă marca originalității sale profunde și a grijii sale permanente de a ține cont de această interacțiune dintre copil și mediul

său. În această perspectivă, jocul ocupă un plan privilegiat deoarece se află în centrul a ceea ce Winnicott numește **fenomene tranziționale**. El definește de asemenea noțiunea de spațiu de joc: *„această arie în care are loc jocul nu este aceea a realității psihice interne. Ea este în afara individului, dar nu aparține nici lumii exterioare"*. Este o arie a iluziei, intermediară între înăuntru și în afară. A te juca este un proces universal, caracteristic sănătății, datorită căruia copilul are experiența omnipotenței sale, încă din primele luni, într-un câmp amenajat în prealabil de către mama lui. Jocul trebuie distins de instincte, în special de pulsiunile sexuale sau agresive, a căror activare constituie de fapt o amenințare: *„elementul agreabil pe care îl comportă jocul implică faptul că activarea pulsională nu este excesivă... jocul este în sine excitant și precar"*. Winnicott definește astfel o a treia arie, între lumea internă și realitatea externă, arie care la început este proprietatea comună a mamei și a bebelușului. Puțin câte puțin, bebelușul, iar apoi copilul mic, dobândește o anumită autonomie în această arie intermediară, în special grație **obiectului tranzițional**.

Acest obiect constituie un fel de materializare a fenomenelor tranziționale. Winnicott desemnează prin asta colțul de păturică sau de scutec, jucăria de pluș de care copilul nu se poate despărți, sau pur și simplu policele. Acest obiect tranzițional ia locul obiectului din prima relație și precede stabilirea testării realității. Copilul exercită asupra lui un control omnipotent și magic, dar și o manipulare absolut reală, fapt prin care se deosebește de obiectele fantasmatice interne în raport cu care, subliniază Winnicott, nu reprezintă o simplă proiecție.

Deși trebuie considerată cu prudență orice materializare prea rapidă, obiectul tranzițional astfel definit reprezintă adesea prima jucărie pe care copilul o mânuiește, sau cel puțin așa este recunoscută de adulți.

S-ar mai putea spune multe referitor la locul pe care îl ocupă jucăria în cadrul activității ludice a copilului, dar determinanții săi sunt atât de numeroși, culturali, socio-economici, familiali, etici etc., încât acest subiect depășește cu mult cadrul acestui capitol.

1.3. — JOCUL INTERACTIV

Fie că este vorba de descrierile clasice (Piaget, Caillois) sau de contribuțiile psihanalitice, copilul care se joacă pare cel mai adesea că este singur. De altfel, tocmai pentru a suporta această solitudine inventează copilul obiectul tranzițional.

Totuși, înainte de a ajunge acolo, bebelușul a dobândit deja experiența jocului, dar a unui anumit joc, când s-a jucat cu cei apropiați (mama, tata, dar și frații, doica...). Este esențial să facem loc jocurilor, fie că sunt cu marionete, gâdilături, „cucu-bau", cu animălușul, cântecelele ce însoțesc jocul de legănare...

Toate mamele se joacă cu bebeluşii lor. În aceste jocuri, o întreagă gamă mimică, posturală, verbală, melodică este utilizată şi schimbată între mamă şi bebeluş. Când o mamă se joacă în acest fel cu bebeluşul ei, începutul jocului este marcat de o fază de angajament (D. Stern), apoi de un joc repetitiv în care obiectivul căutat pare să fie crearea de reguli, apoi vine aşteptarea repetării însoţită de „violarea" acestor reguli, mai întâi de către mamă atunci când copilul este foarte mic, apoi de către copil. Această violare este însoţită de râs sau de hohote de râs ale copilului, punctate de un „din nou".

Aceste perioade de joc sunt în general scurte, corespunzând unui intens schimb interactiv de afecte într-o relaţie de proximitate. Ruperile de ritm, aşteptarea înşelată, creează un „micro-ritm" specific, propriu fiecărei diade (D. Marcelli). Aceste „aşteptări înşelate" permit copilului să investească timpul de aşteptare, să tolereze frustrarea şi să anticipeze surpriza. Regăsim aici o parte din caracteristicile proprii oricărui act de creaţie.

2. — ABORDAREA PSIHOPATOLOGICĂ A CONDUITELOR DE JOC

Subliniam la începutul paragrafului precedent contrastul dintre importanţa locului ocupat de joc în studiul proceselor de dezvoltare a copilului sau în studiul proceselor terapeutice, şi relativa raritate a lucrărilor în care sunt studiate aspectele specifice ale jocului în funcţie de patologia copilului: urmând descrierile expuse mai sus, ne-am putea pune întrebarea dacă se observă diferenţe în evoluţia genetică, în procesele dinamice sau în organizarea structurală a jocurilor în funcţie de această patologie.

2.1. — STADIILE GENETICE ALE EVOLUŢIEI JOCULUI ŞI NIVELUL INTELECTUAL

Cele câteva studii care au încercat să pună în corelaţie nivelul intelectual şi capacitatea de joc au arătat că copiii dotaţi se joacă mai variat şi sunt mai inventivi şi mai schimbători. În schimb, **copiii retardaţi** se joacă puţin, petrecând inactivi perioade îndelungate. Aceştia preferă jocurile fără reguli complicate, pe care le joacă în general copiii mai mici. Nu rareori vedem copii mai mari de 6-7 ani care încă mai practică jocuri de manipulare sau repetitive care evocă jocurile senzorio-motorii. La fel, primele activităţi caracteristice pentru începutul fazei simbolice, cum sunt a umple–a goli sau a deschide–a închide, cu noţiunile concomitente de înăuntru–în afară, prezenţă–absenţă, persistă dincolo de vârsta normală.

În utilizarea materialului ludic, spre deosebire de copiii normali, copiii „retardaţi" par să prezinte mai puţine reacţii anticipative, de formulare de reguli, de autocorecţie şi autocenzură când sunt plasaţi în situaţia de învăţare a unui joc. Ei preferă reproducerea repetitivă a unei singure reguli sau alternanţa periodică constantă a două reguli consecutive, în vreme ce copiii normali caută să inventeze noi reguli, le place surpriza (Orsini–Bouichou). În schimb, copiii debili par să prefere activităţile sociale care însă declanşează mult mai puţin procesul de competiţie decât la copiii de nivel normal.

2.2. — JOC ŞI EXPRESIE PULSIONALĂ

Winnicott insistă mult asupra distincţiei dintre joc şi emergenţa pulsională, dorind să se demarcheze net în acest domeniu de concepţiile kleiniene. Trebuie să menţionăm că M. Klein a făcut primele sale observaţii pornind de la copiii psihotici sau prepsihotici. Acest fapt explică probabil locul privilegiat pe care îl ocupă viaţa fantasmatică cea mai arhaică în jocul acestora şi lizibilitatea sa mai facilă.

De fapt, cu cât viaţa fantasmatică a copilului este mai copleşitoare, cu atât proiecţia asupra realităţii înconjurătoare este mai mare, iar jocul este mai saturat de aceste proiecţii. Acest fapt se observă mai bine în special la copiii prepsihotici, la care orice activitate ludică este rapid invadată de teme de devorare agresivă, de distrugere, de aneantizare, regresie, ce se observă nu numai în conţinutul jocului, ci şi în organizarea sa formală. De fapt, pulsiunile sau fantasmele prea invadatoare pot întrerupe jocul care devine instabil, schimbător, haotic. Un joc calm şi liniştit cere copilului să-şi poată menţine pulsiunile la distanţă. Se pot observa bine aceste perturbări formale ale jocului la copiii instabili care, în plus, se arată adesea incapabili să accepte regula jocului, cu alte cuvinte, în ultimă analiză, dimensiunea sa simbolică şi codificată.

Invadarea jocului de către pulsiunea agresivă este de asemenea caracteristică jocului copiilor şi adolescenţilor psihopaţi pentru care a se juca devine rapid un echivalent al trecerii la act pulsional.

Locul pe care îl ocupă expresia agresivităţii în joc pare să varieze şi în funcţie de sex. Toţi autorii sunt de acord în a recunoaşte că băieţii se joacă mai degrabă de-a lupta şi intră mai uşor în competiţie decât fetele. Jocurile băieţilor sunt mai variate decât ale fetelor. Determinanţii culturali şi sociali au în mod evident o pondere considerabilă în aceste diferenţe ce par să se estompeze treptat, fetele jucându-se totuşi mai uşor jocuri ale băieţilor decât invers.

În jocurile fetelor, plăcerea de a stăpâni trece cel mai adesea în primul plan, înaintea expresiei pulsionale. Riscul constă atunci în excesul de formalism al jocului, care își pierde astfel o parte din creativitate. Din punctul nostru de vedere, considerăm că aceasta este una dintre explicațiile posibile ale jocului atât de frecvent de-a școala, pe care îl întâlnim mult mai frecvent la fete decât la băieți în perioada de latență.

Dacă expresia pulsională subîntinde existența și desfășurarea multor jocuri, dimensiunea fantasmatică în aspectele sale cele mai mentalizate alimentează anumite jocuri, în special când este vorba despre „a inventa o poveste". *Romanul familial* constituie ilustrarea tipică. Freud a atras primul atenția asupra nevoii anumitor copii de a-și modifica imaginar legăturile cu părinții lor: își inventează alți părinți (care sunt undeva departe, mai bogați, frumoși, deștepți, glorioși) care au fost obligați să îi abandoneze sau să îi încredințeze adulților care îi cresc. Este vorba desigur despre o „poveste" legată de presiunile pe care complexul Oedip le exercită asupra Eului copilului (dorința de a deprecia părinții, dorința de grandoare...). Copiii abandonați și adoptați își construiesc adesea un astfel de roman familial (v. cap. 26, 2.3.).

Alți copii își inventează un „partener imaginar" cu care dialoghează, se amuză, rivalizează... Este adesea cazul copilului unic, mai degrabă inhibat sau timid, trăind uneori într-o familie foarte închisă. În unele cazuri dialogul cu „partenerul imaginar" poate invada viața copilului, devenind cvasi-senzorializat (halucinat), evocând o organizare psihotică a personalității.

2.3. — VARIAȚII STRUCTURALE ALE JOCULUI ȘI PSIHOZELE INFANTILE

Reluând cele patru componente fundamentale ale jocului în accepțiunea lui Caillois, adică (*agôn*) competiția, (*aléa*) hazardul, (*mimicry*) „a se preface că" și (*ilinx*) vertijul, poate fi interesant să examinăm activitățile copiilor psihotici.

Astfel, două componente par absente: *agôn* și *aléa*. Jocurile de competiție, prin dimensiunea socială pe care o implică, prezența necesară a altcuiva recunoscut ca persoană diferită, par să se situeze în afara câmpului de preocupare al copilului psihotic: majoritatea activităților „ludice" ale copilului autist sau psihotic constau în manipularea nedefinită a unui obiect prin scheme de acțiuni foarte repetitive, total repliate în autosfera sa. În ceea ce privește hazardul, preocuparea permanentă a subiectului este tocmai de a-l respinge, de a face astfel încât să nu se producă niciodată: stereotipia activităților, repetarea conduitelor vizează reproducerea neschimbată a unui univers împietrit în care hazardul nu există.

În schimb, multe activități ale copiilor psihotici se apropie de ceea ce Caillois definește ca *ilinx*: mișcări circulare, de balansare mergând până la vertij, fascinația pentru tot ce se învârte, majoritatea mișcărilor stereotipe având prin ele însele o dimensiune cvasi-vertiginoasă. Acest vertij ar fi echivalentul unei descărcări pulsionale primitive, sau constituie oare o urmă arhaică a primelor reacții circulare din stadiul senzorio-motor? Întrebarea rămâne în suspensie.

Totodată, ne putem întreba dacă este potrivit să numim „joc" aceste activități psihotice care, prin funcția lor de descărcare pulsională, sunt tocmai la polul opus în raport cu definiția dată de Winnicott.

2.4. — CLINICA OBIECTULUI TRANZIȚIONAL ȘI A JUCĂRIEI

În reperarea funcțiilor jocului în funcție de patologia copilului, clinica obiectului tranzițional este în mod incontestabil ceea ce a fost cel mai bine studiat. Cercetările au vizat existența sau absența sa și caracteristicile sale fizice. Dacă este un fenomen cvasi-universal, cel puțin dacă utilizăm o definiție extensivă care nu îl reduce la o simplă jucărie, se constată însă frecvent distorsiuni grave în utilizarea obiectului tranzițional la copiii autiști sau care suferă o destructurare psihotică precoce. Utilizarea satisfăcătoare a unui obiect tranzițional pare să poată fi corelată cu capacitatea de a interioriza relații de obiect de bună calitate. Geisman & col. au studiat un grup de copii autiști, psihotici și prepsihotici. Ei au constatat că o treime din acești copii nu utilizează un obiect tranzițional: aceștia sunt toți copii autiști sau psihotici.

Caracteristicile fizice ale obiectului tranzițional sunt de asemenea importante, la fel ca și permanența investirii sale: obiectul prezintă adesea o consistență anume, dură, metalică, o morfologie bizară (roboței articulați), este spart adesea, abandonat. Astfel, Geisman & col. au remarcat că singurii copii din grupul studiat care au realmente un obiect tranzițional sunt copiii prepsihotici. Ceilalți copii au fie un obiect moale, care este însă imediat distrus sau abandonat, fie un obiect bizar (marionetă mecanică). De asemenea, ei au propus discriminarea, între obiectele privilegiate ale copilului, a obiectelor autoerotice, a obiectelor psihotice, a obiectelor tranziționale, a obiectelor fetiș și a jucăriilor. Această clasificare respectă un fel de gradare paralelă cu recunoașterea și investirea relațiilor de obiect. Ar exista astfel, dincolo de asta, o corelație între gravitatea patologiei și calitatea obiectului tranzițional.

La polul opus acestei patologii psihotice, marcate de absența sau denaturarea obiectului tranzițional, se poate eventual descrie o patologie marcată de investirea sa excesivă. În mod normal, destinul obiectului tranzițional, spune Winnicott, este acela de a dispărea progresiv „la lada cu vechituri"; acesta nu este distrus, nici abandonat, dar investirea de care beneficia din partea copilului se diminuează

treptat. În schimb, anumiţi copii nu pot renunţa fie la iluzia atotputerniciei asupra obiectului, fie la protecţia regresivă pe care i-o conferă. Îl păstrează mult dincolo de vârsta obişnuită (5-6 ani). Aceştia sunt copiii care prezintă discrete trăsături nevrotice anxioase şi imature. Winnicot subliniază că acest obiect riscă să devină un obiect fetiş al vieţii sexuale adulte dacă copilul, apoi adolescentul, nu poate renunţa la el.

Raporturile între joc şi jucării nu sunt simple: Winnicott a fost primul care a arătat clar acest fapt. O jucărie „suficient de bună" trebuie să lase să se exprime creativitatea copilului: din acest motiv „colţul de scutec", „squiggle"[24] (v. cap. 28, 2.), prin aspectul lor inform, pot crea o arie a iluziei, de tranziţie propice emergenţei acestei creativităţi. Jucăriile prea tehnice, prea sofisticate, pot limita sau afecta această capacitate de a inventa. Excesul de jucării poate fi nefast în egală măsură: prea multe jucării distrug jocul; prea multe jucării izolează copilul de grupul de copii de aceeaşi vârstă. Jucăria devine astfel un obstacol între copil şi lumea exterioară.

A strica jucăriile, a strica jocul poate de asemenea dovedi o dificultate în stabilirea acestei arii tranziţionale descrisă de Winnicott, în special atunci când acest comportament este sistematic. Atunci când copilul sparge jucăriile şi/sau jocurile (a sparge jocul înseamnă a fi atât de excitat încât jocul trebuie oprit deoarece există riscul trecerii la act), acest fapt traduce incapacitatea sa de a conţine excitaţia şi invadarea de către pulsiunea agresivă şi distructivă. Este în special cazul copiilor cu patologie limită sau prepsihotici (v. cap. 20). Această copleşire trebuie diferenţiată de jocurile în care este implicată pulsiunea agresivă: jocurile de război, de atac, desen violent; menţinerea jocului arată capacitatea copilului de a rămâne în planul fanteziei (sau fantasmei) graţie căreia poate „inventa" ceva. Această debordare trebuie de asemenea diferenţiată de demontare: adesea după o remontare parţială jucăria nu mai funcţionează, dar obiectivul pentru copil era de a şti „ce este înăuntru", cu alte cuvinte un derivativ (mai mult sau mai puţin sublimat!) al curiozităţii oedipiene şi al pulsiunii epistemofilice. Totodată, atunci când şi demontarea devine sistematică, acest fapt poate reprezenta o fixaţie nevrotică, în special când se asociază cu o conduită de eşec prin intermediul imposibilităţii repetate de a „remonta".

Deci, pentru clinician este întotdeauna util să descopere puţin câte puţin raportul pe care fiecare copil îl întreţine cu jocul şi cu jucăriile. Această axă trebuie să facă parte din investigaţia sa clinică.

[24] În limba engleză în text. (n. t.)

2.5. — COPILUL CARE NU SE JOACĂ

Copilul care nu se joacă este un copil care generează îngrijorare indiferent ce vârstă are. La bebeluş, Harms a descris „serious babies"[25], bebeluşi cu faţa imobilă şi serioasă: pentru autor acest semn era indiciul unei posibile boli maniaco-depresive a copilului foarte mic (v. cap. 18, 5.). Bebeluşul a cărui faţă rămâne imobilă, impasibilă, care nu intră în interacţiune, care pare incapabil să se joace într-un schimb mimic şi tonico-postural fluid şi fluctuant exprimă o suferinţă şi/sau o nelinişte: depresivă sau de abandon, hipervigilenţa anxioasă a copilului mic victimă a violenţei (v. cap. 26, 1.).

La copilul mai mare, absenţa jocului, în special a jocului de rol şi de a se preface că, trebuie să atragă atenţia părinţilor, a pedagogului, a educatorului şi a medicului. Nu vom reveni asupra particularităţilor „jocului" şi obiectelor autiste pe care le observăm la anumiţi copii psihotici (*cf.* paragraful precedent). Vom aborda pe scurt cazul copilului cuminte, al copilului hipermatur şi al copilului deprimat.

Copilul cuminte. — Cu certitudine nu este întotdeauna un copil patologic! Totuşi anumiţi copii par foarte cuminţi, satisfăcându-i pe părinţii lor sub toate aspectele. Se joacă puţin şi când se joacă o fac cu seriozitate şi implicaţie, deseori de altfel în cadrul unei activităţi de competiţie. Aceşti copii, veritabili „normopaţi" (M. Rufo), prezintă în general o organizare nevrotică asimptomatică dar în care domină un Supraeu exigent, sever sau chiar tiranic. Această aplicaţie, această nevoie frecventă de performanţă (copiii performanţei: J. Wilkins) îi poate conduce până la epuizare şi chiar prăbuşire.

Copilul hipermatur. — Se comportă ca un adult în miniatură, ocupându-se adesea de părintele său vulnerabil. Această conduită se observă în special la copilul ai cărui părinţi sunt separaţi şi/sau izolaţi (v. cap. 22, 3.) sau la copilul care are un părinte bolnav, fie că maladia acestuia este fizică sau cu atât mai mult psihică (părinte psihotic sau deprimat, v. cap. 22, 2.). Copilul hipermatur nu se joacă acasă, preluând îndatoririle domestice: astfel, unii copii fac menajul, gătesc, se ocupă de ceilalţi fraţi etc. Ei scapă în exterior şi, în jocurile lor, încearcă să se elibereze de controlul şi de stăpânirea pe care o îndură lângă cei apropiaţi impunând-o celor de aceeaşi vârstă. Aceste jocuri au adesea o conotaţie de agresivitate şi de dominare, chiar dacă acest lucru nu este în mod evident constant.

Copilul deprimat. — Absenţa jocului la un copil, figura puţin expresivă, un aer absent (în special în faţa televizorului: anumiţi copii au în faţa ecranului o

[25] În lb. engl. în text. (n. t.)

privire goală, rămânând astfel momente îndelungate) trebuie să dea de gândit asupra posibilității unei depresii. Trimitem cititorul la capitolul „depresia copilului".

În concluzie, am încercat pe scurt o abordare psihopatologică a utilizării jocului la copil. Jocul este o activitate paradoxală, aşa cum un paradox este şi încercarea de a-l defini cu prea multă rigoare, dar explorarea conduitelor ludice prezintă o asemenea importanță pentru evaluarea psihodinamică a unui copil încât ni s-a părut indispensabilă sensibilizarea cititorului.

BIBLIOGRAFIE

CAILLOIS R.: *Les jeux et les hommes*. Gallimard, Paris, 1958, col. *Idées*.

CHATEAU J.: *L'enfant et le jeu*. Scarabée, Paris, 1967.

GEISSMANN C., GEISSMANN P., GROGNIER E.: L'espace transitionnel chez l'enfant psychotique. *Psychiat. Enf.*, 1978, 21 (2), 373-424.

GUTTON Ph.: *Le jeu chez l'enfant*, Larousse, Paris, 1973, 1 vol.

HENRIOT E.: *Le jeu*. PUF, Paris, 1969.

LEBOVICI S., SOULE M.: *La connaissance de l'enfant par la psychanalyse: le psychanalyste et le jeu de l'enfant*. PUF, Paris, 1970, 141-160.

MARCELLI D., BRACONNIER A., DEROUET N., VINCENT R.: L'espace du jeu chez l'adolescent psychopathe. 77-e Congrès de Psychiatrie et de Neurologie: *Rapport du Congrès*, 364-369.

MARCELLI D.: L'enfant sage. *Nervure*, 1991, 3, 10-15.

MARCELLI D., RUFO M., DABAN M., SIBERTIN-BLANC D., CONSTANT J., AMAR M.: L'enfant sage. Table ronde Entretiens de Bichat. Série d'articles. *In: Neuropsychiat. Enf. ado.*, 1992.

MILLAR S.: *La psychologie du jeu.*, Payot, Paris, 1979.

NUMERO SPECIAL: Le jeu chez l'enfant. *Neuropsychiat. Enf.*, 1982, 30, 7-8, 369-463.

ORSINI-BUICHOU F., HURTIG M., PAOUR J.L., PLANCHE P.: Une méthode d'apprentissage destinée à analyser les relations entre développement et fonctionnement cognitif. *In: Développement et fonctionnement cognitif chez l'enfant*. Netchine-Grynberg (sous la direction de), PUF, Paris, 1993.

WINNICOTT D.W.: *Jeu et réalité*, Gallimard, Paris, 1975.

12 PSIHOPATOLOGIA CONDUITELOR AGRESIVE

Ca toate conceptele de ansamblu, definiția agresivității depinde în mare parte de locul ocupat de cercetătorul care încearcă să îi delimiteze sensul. Semnificația agresivității nu este univocă: există numeroase diferențe dacă nu chiar discordanțe sau neînțelegeri între punctele de vedere ale neurofiziologului, etologului, psihologului sau psihanalistului. Cu toate acestea, în ceea ce priveşte copilul, agresivitatea este un concept central: este ea primară sau secundară? Are un rol maturant sau destructurant? Este evitabilă sau inevitabilă, normală sau patologică? De problema agresivității se leagă în mod direct problema trecerii la act, atât de importantă în clinica infantilă, dar şi de aceea a angoasei, referitor la care se pot pune aceleaşi probleme: primară sau secundară? Maturantă sau destructurantă? etc (v. cap. 17, 1.).

Înainte de a aborda clinica propriu-zisă a agresivității, excesele sale, deviațiile sale de scop (autoagresiune) sau inhibiția sa, vom încerca o prezentare rapidă a problematicii agresivității.

1. — CONCEPTUL DE AGRESIVITATE

Dacă oricine înțelege *a priori* şi intuitiv ce înseamnă agresivitate, a-i da o definiție riguroasă este mai dificil. Mai întâi vom distinge agresivitatea ca stare sau potențialitate, de conduita agresivă obiectiv observabilă. În manieră foarte generală, la animal agresivitatea şi conduita agresivă sunt strâns legate de noțiunea geografică de teritoriu: cu cât un animal se îndepărtează de centrul teritoriului său, cu atât este mai vigilent, prezentând o stare de activare apropiată de agresivitate, dar conduitele sale sunt mai puțin agresive. Invers, cu cât un animal este mai aproape de centrul teritoriului său, starea sa pare mai agresivă, dar conduitele sale vor fi mai agresive în caz de necesitate. Utilizând noțiunea de teritoriu în manieră metaforică, am putea spune că există o relație invers

proporţională între agresivitate şi raportul subiectului cu „fiinţa-teritoriu". Totodată, este imposibil să vorbim de agresivitate sau de conduite agresive fără a introduce terţul observator: aici se pune problema agresivităţii, conduită simplu observată, şi aceea a agresivităţii subîntinse de o intenţionalitate aparte: bebeluşul care zgârie sau muşcă faţa mamei, pisica ce se joacă cu şoarecele sunt agresivi? Pasărea, înfoiată şi cu ciocul scos, care îşi apără cuibul împotriva intrusului este agresivă? Fratele mai mare care se precipită spre surioara mai mică pentru că tuşeşte şi, asaltat de o fantasmă de moarte, se teme că o va vedea sufocându-se, este agresiv?

Aceste întrebări nu îşi găsesc un răspuns simplu sau mai degrabă prezintă răspunsuri ce depind de poziţia epistemologică a observatorului. Pentru unii, descrierea fizică a subiectului: zbârlirea părului, ciulirea urechilor, încruntarea sprâncenelor, ţipetele, înclinarea înotătoarelor sau a corpului etc. ar fi, în funcţie de fiecare specie, indicii de agresivitate. Pentru alţii, distrugerea sau deteriorarea obiectului vizat (lucru sau persoană) ar fi reperul obiectivabil necesar. Alţii nu ţin cont decât de intenţionalitatea agresivă, iar în acest registru reacţiile de apărare nu sunt considerate ca agresive. În fine, pentru alţii contează numai trăirea fantasmatică asociată unei conduite sau alteia.

Observăm clar multitudinea modelelor teoretice: agresivitatea-stare tensională particulară, agresivitatea-conduită obiectivabilă, agresivitatea-apărare de sine, agresivitatea-distrugere a obiectului, agresivitatea-intenţionalitate. Vom încerca, într-o manieră în mod necesar concisă, să prezentăm principalele teorii ce stau la baza problematicii agresivităţii la copil.

1.1. — BAZELE NEUROFIZIOLOGICE ALE AGRESIVITĂŢII

Preocuparea neurofiziologului este de a descrie conduite precise fără a judeca intenţionalitatea lor. Pe plan experimental, acesta studiază, graţie tehnicilor de distrugere sau stimulare localizată la nivelul SNC sau prin mijloace farmacologice, variaţiile acestor conduite. În realitate, la citirea diverselor lucrări se constată că agresivitatea este raportată fie la o expresie emoţională (reacţie de furie, spre exemplu), fie la o conduită de atac.

Primul tip de cercetare este caracterizat de căutarea localizării la nivelul SNC a unui centru „al agresivităţii", fie prin distrugere localizată, fie prin stimulare stereotaxică a unor arii cerebrale precise. S-a ajuns astfel să fie descrişi o serie de centri ce favorizează conduitele agresive şi alţii care le inhibă. Deşi variabili de la o specie la alta, în mare se poate considera că aceste regiuni se situează în zonele talamo-hipotalamice (în special nucleul caudal) şi în bulbul olfactiv. Astfel, cu titlu de exemplu (Mandel şi Karli), ablaţia amigdalei la specia numită „şobolan ucigaş" face animalul paşnic, în vreme ce ablaţia bulbului olfactiv la specia de „şobolan non-ucigaş" îl transformă în „şobolan ucigaş". Se poate concluziona că în această specie bulbul olfactiv funcţionează ca un inhibitor al comportamentului agresiv. Acest fapt este corelat de studiile farmacologice care arată că la şobolanul ucigaş nivelul de acid gamma-amino-butiric (GABA) este scăzut în bulbul olfactiv iar injectarea sa sau injectarea inhibitorului său diminuează comportamentul agresiv al şobolanului ucigaş.

Pe lângă aceste experienţe de localizare, se întâlnesc o serie de experienţe ce vizează modificarea pragului de reactivitate a SNC utilizând diverse substanţe farmacologice. În rândul substanţelor ce exacerbează reacţiile agresive, putem cita d-amfetaminele şi testosteronul.

În majoritatea speciilor, comportamentul masculului este mai agresiv decât al femelei, dar injectarea de testosteron accentuează şi mai mult acest comportament agresiv al masculului sau îl suscită pe cel al femelei, în special atunci când injectarea are loc în perioada de sensibilitate neonatală. Cu extremă prudenţă, şi cu titlu de ilustrare, vom aborda în clinica umană problema cromozomului supranumerar Y (sindromul 47XYY) botezat în manieră uşor pripită „cromozomul delincvenţei".

1.2. — BAZELE ETOLOGICE ALE AGRESIVITĂŢII

Etologul studiază individul (uman sau animal) pe cât posibil în mediul său natural şi în interacţiune cu alţi indivizi din aceeaşi specie sau din specii diferite. Atunci când încearcă să circumscrie agresivitatea, etologul nu se limitează să o definească prin acţiunea prădătoare ci îi adaugă factorul de intenţionalitate. Astfel, pentru K. Lorenz, „un câine care se aruncă cu pasiune asupra unui iepure are aceeaşi expresie de bucurie şi atenţie ca şi atunci când îşi salută stăpânul sau când aşteaptă un eveniment agreabil". În opinia acestui autor, relaţiile interspecii nu sunt aproape niciodată „agresive", această calitate fiind practic rezervată relaţiilor intraspecie, fie că este vorba de apărarea teritoriului sau de ierarhia în sânul grupului social.

Astfel, pentru etolog, agresivitatea rămâne încă o conduită obiectivabilă dar deja subîntinsă de un minim de intenţionalitate (apărare şi/sau afirmare a teritoriului sau ierarhiei sociale).

În conduita agresivă, care survine cel mai adesea în sânul unui context ritualizat, sunt descrise:

– posturi de ameninţare înainte ca orice luptă să fie angajată (anumite pene la păsări, grohăituri sau emisii sonore la insecte sau la peşti, zbârlirea coamei,

înfoierea părului etc.): aceste posturi sunt adesea identice în înfruntările intra sau interspecii;

– comportamentul de luptă ca atare prezintă mari diferențe când este intra sau interspecii. Atunci când luptă cu o altă specie, în special atunci când este vorba despre hrană, animalul își folosește armele (dinții, ghearele, coarnele) în mod direct. În schimb, în luptele intraspecie, mimica este încărcată de agresivitate, dar animalul nu își utilizează instrumentele cele mai periculoase sau le utilizează *a minima* (înclinarea coarnelor la gazelă, devierea ciocului la gâsca cenușie, astfel încât să nu își rănească primejdios adversarul);

– în fine, atitudinea de supunere este proprie atacului intraspecie: în general animalul își prezintă fie punctul vulnerabil (gâtul la lupi), fie se plasează în poziție de supunere sexuală sau își arată organele uro-genitale. În aceste condiții lupta încetează, învinsul abandonând terenul, locul sau proprietatea asupra partenerului sexual.

Aceste lupte sunt mai frecvente la masculi decât la femele, mai frecvente la animalele tinere decât la cele adulte. Frecvența lor variază de la un animal la altul în sânul aceleiași specii. În fine, există variații extrem de importante între specii, unele fiind reputate combative, altele mai puțin. Dar în pofida acestui determinism genetic este posibilă favorizarea sau inhibarea agresivității în funcție de condițiile de creștere (Scott), fapt ce ridică problema importantă a caracterului înnăscut sau dobândit al „instinctului agresiv". Deși există unii autori care resping ipoteza unui astfel de instinct înnăscut, majoritatea etologilor actuali recunosc importanța conduitelor de agresivitate legate, cum am văzut, de noțiunea de teritoriu sau de posesie familială și, de asemenea, secundar, de prezervarea speciei.

Există de altfel numeroși inhibitori ai acestei reacții de agresivitate, în special interspecii: caracteristicile morfologice ale puilor ale căror proporții ale corpului (în special raportul frunte/față) inhibă conduita agresivă a adultului, marcarea teritoriului sau a puilor prin urinare și/sau feromoni (în absența acestui marcaj mama își poate devora puii).

Aceste principii ale observării etologice au fost preluate de unii autori în observarea omului și în special a copilului, cu aceeași metodologie și aceleași presupuneri (în special apărarea teritoriului). Vom menționa în acest sens cercetările efectuate de H. Montaigner & col. Studiind copiii din creșă între 18 luni și 5 ani, acest autor descrie o serie de secvențe de comportament, unele destinate să stabilească o legătură sau să liniștească (ofrande, înclinarea capului pe umăr, zâmbet, mângâiere), altele care antrenează o ruptură a relației, refuzul sau agresiunea (deschiderea largă sau subită a gurii, țipăt ascuțit, grimase, extensia în pronație a brațului și antebrațului). În conduitele de agresiune există o progresie de la față la mână: țipăt – mușcătură – împingere – zgârietură – lovitură. Mai mult decât fiecare item în sine, secvența comportamentală este cea care pare fundamentală.

Autorul pune în evidență o evoluție a raporturilor dintre secvența de liniștire și secvența agresivă între 2 și 4-5 ani, când se stabilește treptat o tipologie a fiecărui copil (lider, dominant-agresiv) și care pare să fie în strânsă corelație cu modurile de interacțiune familială, în special cele materne, deși autorul nu precizează în mod riguros tehnica de observare a mamelor.

1.3. — BAZELE PSIHANALITICE ALE AGRESIVITĂȚII

După *Dincolo de principiul plăcerii*, dualismul pulsional introdus de Freud, pulsiune de viață–pulsiune de moarte, continuă să fie obiect de dezbatere pentru numeroși autori. Noțiunii de conduite agresive obiectivabile (chiar dacă intervine un minim de interpretare, așa cum am văzut în descrierile etologice) i se substituie aici noțiunea de agresivitate în calitate de concept pur teoretic, poziție care, în cadrul unei specialități numită științifică, ar fi complet inacceptabilă. Dualismul pulsional, așa cum a fost propus și dus la paroxism de un autor cu ar fi M. Klein, continuă să fie energic refuzat de numeroși autori.

Problema aceasta este importantă atât în practică, cât și în teorie. Ea se poate formula în maniera următoare: pulsiunea de moarte și agresivitatea (fără ca aceste două niveluri să se confunde neapărat) sunt primare (de unde ar decurge astfel o angoasă așa-zis primară) sau nu reprezintă decât stări secundare (la o frustrare, la integrarea culturală...)? Cu alte cuvinte, dezvoltarea copilului și apoi a individului este în mod necesar conflictuală sau se poate face economie de conflict (mitul unei copilării nirvanice și al unei educații perfecte)?

Regăsim în mod direct aceste interogații în practica clinică. Practic, dacă agresivitatea este o realitate indiscutabilă a copilăriei, este util ca, atunci când abordăm în clinică această problemă, să distingem clar (Widlöcher):

– conduitele agresive ca expresii în act ale diferitelor pulsiuni;

– fantasmele de agresiune sau de distrugere în care obiectul și subiectul se confundă adesea, Eul și non-Eul indistincte;

– în fine, fanteziile agresive în care copilul își elaborează treptat propriul spațiu psihic.

Trebuie să fim foarte conștienți de faptul că aici se efectuează un salt epistemologic suplimentar: nu mai este vorba despre simpla descriere a unui sistem de atitudini, oricât de complex ar fi el (punctul de vedere neurofiziologic), nici de o secvență de comportament extern susținut în același timp de o intenționalitate (punctul de vedere etologic), ci de o elaborare fantasmatică trăită interior, resimțită și exprimată de către subiect într-o conduită interiorizată sau exteriorizată, a cărei origine rămâne întotdeauna insesizabilă pentru observatorul extern, în afara unei poziții de empatie intuitivă.

Planul de discuţie esenţial rămâne acela al existenţei fantasmelor de agresiune sau de distrugere şi locul pe care îl ocupă în funcţionarea mentală: aceste fantasme sunt primare, cum susţine M. Klein, sau corespund unor experienţe defavorabile excesive (frustrare, carenţă afectivă, haos matern)? Un lucru este sigur: oricare ar fi condiţiile de creştere a unui copil, oricât de bune ar fi ele, nu există un copil fără fantezii agresive („eşti mort, te-am omorât", jocuri cu temă de accident, de-a doctorul, de-a războiul). În schimb, se remarcă frecvent o opoziţie între fanteziile agresive şi fantasmele agresive şi distructive: atunci când aceste fantasme sunt prea invazive, copilul nu poate exprima fantezii agresive şi prezintă frecvent un aspect inhibat şi angoasat alternând eventual cu conduite intempestive de trecere la act. Invers, copilul care prezintă o organizare ludică şi o reverie fantasmatică în care apar cu uşurinţă numeroase fantezii agresive, nu lasă să fie percepute în straturile cele mai profunde ale psihismului său fantasmele distructive deosebit de intense. Astfel se opun fantasmele agresive şi fanteziile agresive; regăsim aici opoziţia proces primar/proces secundar, fantasmele agresive aparţinând domeniului celui mai arhaic pe care copilul nu îl poate elabora, pe când cele din urmă sunt integrate în personalitatea şi în Eul său. Jocurile participă la această integrare în manieră privilegiată şi reprezintă aria intermediară în care copilul îşi poate experimenta fanteziile agresive fără a fi nici distructiv pentru ceilalţi, nici distrus de către aceştia (vezi infra, Psihopatologia jocului). Tot în acest registru pot fi evocate temele principale din visele copilului, al căror conţinut este direct agresiv, cu o confuzie frecventă agresor/agresat. Aceste vise reprezintă intermediarul între fantezia diurnă şi fantasma distructivă primară. Ele constituie indirect o ilustrare a locului preponderent ocupat de problematica agresivităţii în cadrul procesului de elaborare psihică, fără ca noi să putem decide aici dacă această fantasmatică agresivă este o dovadă directă a unei „pulsiuni de moarte" iniţiale.

1.4. — NOŢIUNEA DE MOARTE LA COPIL

La copil, noţiunea de moarte înglobează în manieră indisociabilă o dimensiune sociologică, precum şi un punct de vedere genetic privind copilul însuşi.

În plan sociologic, raportul copilului cu moartea trebuie înfăţişat în conformitate cu două axe: moartea copilului, pe de-o parte, şi maniera în care moartea este prezentată copilului, pe de altă parte. Dacă adultul se înconjoară cu multiple defense în faţa morţii, ce se poate spune despre atitudinea sa în faţa dispariţiei unui copil? Mitul totalei inocenţe a copilului face ca moartea sa să fie total inacceptabilă. Cu atât mai mult dacă moartea a reculat în mod deosebit în faţa progresului medical, ca în cazul copilului mic. Moartea copilului apare în

continuare ca un eşec asupra căruia se păstrează tăcerea. În zilele noastre, copiii sunt pe cât posibil îndepărtaţi de doliu. Altădată, moartea — *„marea ceremonie cvasi-publică pe care defunctul o prezida"* (Ph. Ariès) — vedea reunindu-se în jurul său întregul grup social. În prezent, această moarte se îndepărtează din ce în ce mai mult, iar copilul este aproape complet îndepărtat. Chiar şi la şcoală se remarcă acest fenomen: lectura manualelor şcolare este elocventă în acest sens. În manualele de la începutul acestui secol[26], moartea, fie că era vorba despre oameni sau despre animale, intervenea practic pe fiecare pagină a cărţilor de citire. Astăzi, manualele şcolare sunt complet aseptizate, moartea nu mai intervine decât în manieră foarte anecdotică şi distanţată. Copiii de astăzi nu mai văd moartea decât prin intermediul ecranului de televizor. Dar acolo, în western-uri, în scenele poliţiste, ca şi în cursul jurnalelor pe care le privim în timp ce mâncăm, moartea a devenit un spectacol, fapt ce linişteşte deoarece a devenit ficţiune: morţii sunt alţii. Astfel a apărut o dublă mişcare: pe de-o parte, copilul este din ce în ce mai puţin confruntat cu moartea reală, iar pe de altă parte, i se prezintă din ce în ce mai mult o moarte fictivă din care se poate renaşte neîncetat. Cum poate copilul, în acest context, să dobândească sensul şi noţiunea de moarte? Este întreaga problemă a evoluţiei conceptului de moarte la copil.

Evoluţia acestui concept se va organiza în jurul a două puncte esenţiale: pe de-o parte, modul în care este percepută absenţa, iar pe de altă parte cum este integrată permanenţa absenţei? În această perspectivă, moartea este concepută ca un termen definitiv al vieţii. Ea subîntinde trăirea de aneantizare de sine sau de altul, integrarea reacţiilor la pierdere şi la separare. Problema, pentru copil, este de a şti cum poate accede la o cunoaştere şi o conştiinţă a ceea ce este imperceptibil, la limită de neconceput, adică să introduci la locul său o reprezentare şi apoi un concept de „a nu fi". Autorii care au încercat să abordeze această problemă la copil disting diverse stadii în achiziţia acestui sens al morţii. Trecând peste divergenţe, putem totuşi rezuma lucrările lor prin reperarea a patru faze:

– prima ar fi aceea a unei neînţelegeri totale şi a unei complete indiferenţe. Ea s-ar prelungi până la vârsta de 2 ani. Singurele reacţii ar fi acelea care survin după o absenţă sau după o separare. Aceste reacţii durează puţin, cu excepţia cazului unui traumatism sau a unor separări repetate. Nu ar exista o reprezentare conştientă obiectivabilă;

– a doua fază remarcată ar corespunde unei percepţii mitice a morţii: aceasta fiind interpretată ca fiind inversă realului. Ea devine pură încetare şi dispariţie. Această moarte este de altfel provizorie, temporară şi reversibilă, în acelaşi timp fiind recunoscută şi mai mult sau mai puţin negată în ceea ce priveşte consecinţele.

[26] Această carte a apărut în 1982 şi a fost reeditată în 1999. (n. t.)

Această etapă s-ar prelungi până la 4-6 ani. Cele două stări: viața–moartea nu se opun, nu sunt contradictorii. Sunt două stări diferite dar nu sunt nici amenințătoare, nici opuse, fiecare fiind reversibilă;

– din această fază, evoluția ar fi orientată către o fază concretă ce se prelungește până la vârsta de 9 ani. Este faza realismului infantil, a personificării. Ea corespunde de altfel stăpânirii permanenței obiectului și se traduce prin reprezentări concrete: cadavru, cimitir, schelet, mormânt. Persoana moare, dar la început rămâne reprezentabilă în timp și spațiu: pur și simplu, ea nu poate nici să se miște, nici să vorbească, nici să respire; este absentă, plecată, bolnavă, pietrificată într-un alt mod de a trăi. Totuși, între 4 și 9 ani vor interveni trei modificări ale acestei noțiuni de moarte ce permit divizarea acestei faze în două sub-perioade. Mai întâi trecerea de la o raportare individuală — moartea mea, moartea altei persoane — la o raportare universală (toți oamenii sunt muritori, mai întâi bătrânii); apoi trecerea de la temporar și reversibil la ireversibil și definitiv: este problema acceptării realiste a destinului uman fără vreo emoție particulară, dar în același timp însoțită de teama eventuală de moartea obiectului iubit și nu doar de simpla sa absență. În final survine modificarea sensului moral atașat morții. De la o moarte înfățișată ca o pedeapsă sau răzbunare, aceasta devine un proces natural, element al unui ciclu biologic;

– astfel copilul intră în a patra fază, rezumată între 9 și 11 ani, aceea a angoasei existențiale care presupune accesul la simbolizarea morții și stăpânirea acestui concept, dar și teama față de pierderea reală și de problema propriului destin. Ne îndepărtăm aici de problematica copilăriei propriu-zise pentru a ne apropia de problematica adolescenței, cu reactivarea angoaselor anterioare și introducerea gândirii adulte asupra morții, corolarele sale filosofice, metafizice, religioase, psihosociologice și etice.

Totodată, nu trebuie să reducem noțiunea de moarte și trăirea acestei morți doar la aspectul său cognitiv. Intervin și alți factori în afara factorilor sociologici deja menționați: maniera în care cei apropiați vorbesc copilului despre moarte, experiența personală pe care o poate avea prin intermediul morții unei rude sau al unei maladii grave (v. cap. 25, 1.3.) etc. În fine, în plan imaginar, copilul utilizează multiple reprezentări intermediare în încercarea de a figura moartea și consecințele sale. P. Ferrari evocă rolul fantomei „unde se simulează că «murise deja» sau «era încă viu»... și care ar fi un fel de obiect tranzițional legat de moarte, utilizat de copil în relația sa cu moartea". De asemenea, fascinația copilului pentru scheletul uman „ar constitui o încercare de a stăpâni oroarea pe care o inspiră cadavrul... o încercare de a opri descompunerea". Se știe cât de frecvente sunt la copil evocările fantomelor sau scheletelor: chiar dacă societatea face totul astfel încât copilul să fie cât mai puțin confruntat cu moartea, fantasmatica acestuia păstrează morții și reprezentărilor legate de aceasta un loc central.

2. — CLINICA CONDUITELOR HETEROAGRESIVE

De la cea mai fragedă vârstă, copilul știe să își manifeste neplăcerea înaintea mâniei: practic există un continuum între reacțiile la absență și la frustrare (care ar putea fi înțelese în termeni de etologie ca niște impietări asupra „teritoriului" bebelușului) și manifestarea de revendicare mai mult sau mai puțin agresivă față de anturaj: a cere, a reclama, a solicita imperios implică un minim de agresivitate. Primele conduite direct agresive survin la sfârșitul celui de-al doilea an și în cursul celui de-al treilea. Înainte, copilul poate prezenta reacții de furie cu agitație violentă, tropăieli, țipete atunci când nu obține ceea ce așteaptă. Către 2-3 ani, copilul adoptă frecvent un comportament opozant, coleros. În același timp, atacă, zgârie, trage de păr, mușcă alți copii de aceeași vârstă (copiii mușcăcioși) în parc sau la grîmada de nisip, uneori și în familie. Apoi aceste reacții se estompează: către 4 ani, copilul își exprimă agresivitatea verbal, dar nu o mai face prin gesturi. Fanteziile agresive sunt adesea bogate și numeroase, așa cum dovedesc jocurile și apar în același timp și visele de angoasă și de agresiune. Există totuși o mare diferență în funcție de sexe: băieții adoptă mai frecvent atitudini agresive decât fetele. Totodată, o violență *a minima* persistă adesea: o dovedesc numeroasele agresiuni asupra animalelor (muște cărora li se smulg aripile, trasul cu pietre în păsări) sau între copii (*Războiul cu nasturi*).

2.1. — HETERO-AGRESIVITATEA EXCESIVĂ

Dacă în majoritatea cazurilor conduitele direct agresive dispar, unii copii continuă să fie violenți, își lovesc colegii, sau chiar adulții sau părinții, strică obiectele altora sau pe ale lor. La maxim se regăsește tabloul **„tiranului familiei"**, copil uneori foarte mic, care prin comportament comandă întregii familii: aceștia sunt copiii prezentați ca impulsivi care, la cea mai măruntă contrariere, intră în crize colerice violente sau au chiar veritabile reacții de furie. Ei au tendința să îi utilizeze pe ceilalți și în special pe părinți, ca pe simple instrumente puse la dispoziția lor: nu tolerează nici o întârziere în satisfacerea cererii lor. Uneori această atitudine este selectivă, neproducându-se decât în prezența anumitor persoane: unul sau altul dintre părinți, bunicii. Factorul educativ joacă în aceste cazuri un rol preponderent: adultul „victimă" se dovedește în general slab, incapabil să pună o limită copilului, sau în cel mai rău caz un adevărat complice, făcându-i plăcere să se lase martirizat de acesta. Acest tablou este frecvent în relația copil–bunici sau copil–părinte atunci când copilul este dus la grădiniță

sau lăsat în grija unei doici (adultul renunţă la rolul său de educator şi îşi uşurează culpabilitatea evitând să cauzeze frustrarea copilului său).

Mai grav este comportamentul non-selectiv al copilului care, în faţa oricărei frustrări, reacţionează violent, realizând la maxim un tablou de intoleranţă la frustrare.

Această intoleranţă la frustrare, banală şi normală la 2-3 ani, dobândeşte la unii proporţii îngrijorătoare în faza de latenţă şi la preadolescenţă: mobilier stricat, ameninţare permanentă de trecere la act, violenţă faţă de fraţi, fugă etc. Acest comportament survine în familii în care înţelegerea dintre părinţi este mediocră sau artificială, autoritatea parentală şi în special paternă este frecvent subminată (în special de către mamă) şi în care modalităţile de interacţiune s-au organizat precoce în jurul şantajului („dacă faci asta, vei primi cutare", din partea părintelui, la care copilul răspunde prin „dacă îmi dai asta, am să fac cutare").

.Acest tip de comportament constituie în mod obişnuit premisa unei viitoare organizări psihopate (v. Cuvânt Înainte: Compendiu de psihopatologia adolescentului). Cu atât mai mult cu cât această intoleranţă la frustrare depăşeşte cadrul familial strict şi se extinde la relaţiile socializate ale copilului (colegi, învăţător, educator...).

La un grad mai ridicat, reacţia de intoleranţă la frustrare poate să apară pentru motivele cele mai neînsemnate, chiar în afara oricărei relaţii cu o persoană (dispariţia unei jucărioare, schimbare în decorul obişnuit...) şi provoacă o dezorganizare completă a comportamentului copilului. Secvenţa mânie — agitaţie — lovitură cu piciorul sau cu pumnul în toate direcţiile - autoagresiune finală, arată importanţa pulsiunii agresive şi distincţia mediocră între sine şi lumea externă. Aceste intoleranţe grave la frustrare reprezintă unul dintre principalele semne clinice ale psihozelor precoce (v. *Autoagresivitate*).

2.2. — CONDUITE VIOLENTE MARCATE

Dacă violenţa preadolescentului (între 10-13 ani) nu face parte încă din decorul cotidian, ea va fi în viitor recunoscută.

Distingem mai întâi violenţa materială: distrugerea de obiecte, a sălii de cursuri, devastarea unor diverse localuri. Aceste conduite violente sunt proprii bandelor de adolescenţi şi apar cel mai adesea în condiţii socio-economice defavorabile (grupuri mari, structuri familiale dezintegrate). Ele sunt în general impulsive, nepremeditate şi debutează printr-un fel de joc unde consecinţele actelor violente nu sunt net întrevăzute: putem vedea aici devierea urbană a unei violenţe care altădată era mai difuză şi mai bine tolerată în mediul rural

(vânătoarea de diverse animale, certuri între bande). În alte cazuri, pare să fie vorba despre o violenţă deja organizată, cu o conotaţie antisocială clară: furt cu ameninţare, extorcare etc. Riscul pentru această categorie de vârstă este acela de a intra prematur într-un circuit al „predelincvenţei", cu mecanismele sale de excludere şi de întărire a unor conduite mai patologice.

2.3. — CONDUITE DE OMOR

Presa a devenit în mod regulat ecou al actelor de omor ale copiilor mici (asasinarea unui vagabond, uciderea unui copil la colegiu). Vom adăuga aici cazurile rare de copii paricizi - impulsivitate, imaturitate afectivă, carenţa contextului familial se regăsesc în toate cazurile observate. Integrarea permanenţei obiectului nu este întotdeauna stabilită: a muri sau a ucide având mai mult semnificaţia de a se „debarasa" decât de a „dispărea definitiv" (Ochonisky). Aceste elemente evocă organizări prepsihotice.

2.4. — INHIBIŢIA GRAVĂ A AGRESIVITĂŢII: MASOCHISMUL

Nu vom aborda aici inhibiţia intelectuală şi nici inhibiţia cu trăsături nevrotice (v. cap. 17, 2.4.). Ne vom centra asupra unor trăsături clinice particulare: astfel, anumiţi copii se caracterizează printr-o evitare accentuată a oricărei conduite sau situaţii agresive care depăşeşte cu mult simpla „frică de lovituri" sau de pedeapsă. Nu este rar ca aceşti copii să fie aparent prea cuminţi, cu o alură supusă. Nu protestează, nu sunt mânioşi niciodată, nu exprimă sentimente de rivalitate în raport cu fraţii. La alţii, aceste conduite alternează subit „invers" când copilul se simte victimă a altora, persecutat, obiect de batjocură sau ameninţări.

Există toate gradele de patologie, de la inhibiţia uşoară până la incapacitatea totală de a se apăra. În acest din urmă caz, investigaţia psihopatologică relevă frecvent o viaţă fantasmatică bogată, dominată de intense fantasme de distrugere. Copilul îşi trăieşte atunci fantasmele ca pe nişte ameninţări reale ce vin din exterior sau se teme că posedă în interiorul său o distructivitate fără limite. Această confuzie între fantasmă şi realitate caracterizează în general structurile mentale preoedipiene care s-au organizat în jurul unei poziţii schizoparanoide (M. Klein).

În cazurile extreme observăm acei copii care par să caute cu aviditate să fie obiect de persecuţie: excludere, batjocură, pierderea repetată a obiectelor personale, sau chiar veritabile agresiuni (victime eterne). Într-un anumit număr de cazuri, este vorba despre un proces clasic de erotizare masochistă a suferinţei,

dar, pentru majoritatea, această dimensiune nevrotică pare foarte secundară. Persecuția devine un fel de modalitate de bază de comunicare: fiecare nouă agresiune nu face decât să confirme fantasmele de persecuție subiacente. Aceste „poziții masochiste primare" reprezintă intermediarul pentru conduitele direct autoagresive și se observă în organizările psihotice sau prepsihotice.

3. — CLINICA CONDUITELOR AUTOAGRESIVE

3.1. — AUTOMUTILĂRILE

În automutilări există un dublu continuum atât genetic cât și structural: continuum genetic în sensul că, conduita de automutilare în sensul cel mai larg apare foarte timpuriu, la o vârstă la care putem considera că bebelușul nu distinge încă foarte bine corpul său și exteriorul: își zgârie propria față, își mușcă degetele uneori până la sânge, se lovește ritmic cu capul sau cu o parte a corpului de pământ sau de marginea patului, toate acestea sunt conduite care nu sunt excepționale între 6-8 luni și 2 ani. Ele dispar în mod obișnuit pentru a lăsa locul conduitelor hetero-agresive deja descrise. De asemenea, continuum structural în sensul că, de la conduita automutilantă cea mai banală și mai răspândită cum este onicofagia (v. cap. 5, 7.) sau dezlipirea crustelor plăgilor, până la automutilări grave, se pot observa toate situațiile intermediare. Le vom evoca aici pe cele mai tipice.

Automutilările fixate din cazurile de encefalopatie gravă sau de psihoză precoce

Conduitele automutilante în tablourile encefalopatiilor foarte grave (fie că sunt organice sau psihogenetice) sunt foarte frecvente și vădesc dezorganizarea limitelor corpului. Dat fiind aspectul profund regresat și în mod obișnuit mut al acestor copii, semnificația automutilării face obiectul unor numeroase discuții: absența percepției durerii, patologia central encefalică particulară, nepercepera propriului corp, autostimularea etc., sunt motive invocate rând pe rând. În majoritatea cazurilor, conduita automutilantă nu poate fi legată de o etiologie precisă.

Vom semnala totodată două excepții marcate de o conduită automutilantă foarte stereotipă corelate unui diagnostic etiologic precis: smulgerea părului, observată în boala Menkes, roaderea degetelor care poate atinge autodevorarea

în boala Lesch-Nyhan. Dacă aceste boli sunt în mod sigur rare, ele prezintă totuși un interes incontestabil pentru studiul genetic al trăsăturilor de comportament izolate.

În plan semiologic, conduitele automutilante privesc mai întâi capul (izbit de sol, de calorifere), apoi gura (mușcarea buzelor, a limbii, a obrajilor sau a degetelor sau a pumnilor), apoi mâna (lovituri ale ochilor, ale pieptului) etc. Fiecare copil adoptă cel mai adesea o conduită automutilantă precisă.

În plan dinamic, aceste conduite automutilante par să răspundă unui anumit grad de motivație. Astfel pentru Duché, Braconnier & col., acestea se observă:

- ca răspuns la o frustrare;
- ca un semn de chemare sau de solicitare a anturajului (conduita automutilantă este atunci adesea mai puțin violentă și distructivă);
- ca redirecționare asupra propriei persoane după o interacțiune agresivă venind din partea anturajului (îmbrâncire spre exemplu);
- în fine, ca un comportament autostimulant în context solitar, intensitatea loviturilor fiind slabă.

În realitate, se poate spune că în cazurile 1 și 3 distructivitatea conduitei automutilante este mare, în vreme ce în cazul 2 această conduită are mai degrabă valoare de comunicare, iar în cazul 4 ea reprezintă un fel de persistență a conduitelor automutilante banale ale bebelușului.

În plan etiologic, în afara etiologiilor foarte precise citate mai sus, aceste conduite automutilante se observă în encefalopatiile grave și în psihozele precoce fără limbaj. De asemenea, se observă în stările de abandon sau de mare carență afectivă.

Automutilările impulsive

Automutilările care se observă în cursul unei crize de mare agitație, secundară unei frustrări, și care traduc o profundă intoleranță la frustrare, sunt diferite de cele precedente. La anumiți copii, în timp ce manifestă o stare de mânie intensă, de agitație și hetero-agresivitate, se remarcă uneori veritabile conduite automutilante: aceștia se lasă să cadă brutal pe sol, se aruncă sau încearcă să se arunce pe scări, își aplică în mod impulsiv o serie de lovituri... Periculozitatea acestor conduite poate fi mare; la limită cu tentativele de suicid, este imprecisă (caz de flebotomie impulsivă cu ciobul din sticla spartă).

Aceste automutilări impulsive se observă la copiii mai puțin perturbați decât cei de mai sus, în special la adolescenții sau preadolescenții ale căror conduite psihopatice maschează un nucleu psihotic subiacent.

3.2. — TENTATIVELE DE SUICID (TS) ALE COPILULUI

De obicei confundate cu TS ale adolescentului*, TS ale copilului sunt rare, într-adevăr, dar nu excepționale, dat fiind că 10% din TS ale copiilor și adolescenților se regăsesc la copiii sub 12 ani. Cu cât copilul este mai mic, cu atât problema intenționalității conduitei suicidare este o întrebare care se impune. Trimitem cititorul la paragraful introductiv (1.4.), în care acest aspect este studiat în același timp cu cel al evoluției genetice a noțiunii de moarte la copil.

În plan epidemiologic. — În anumite studii, există o relativă egalitatea a sexelor, cu o ușoară predominare a băieților în rândul copiilor mai mici. Referitor la metodă, cu cât copilul este mai mic, cu atât mijlocul utilizat este mai brutal, mai violent și mai traumatic: strangulare, spânzurare, precipitare în fața unei mașini, înec sunt singurele mijloace utilizate de către copiii cei mai mici. Intoxicația medicamentoasă apare la copilul mare (8-10 ani), utilizând medicamentele consumate de către părinți.

Contextul familial. — Este întotdeauna dificil: antecedente de ruptură (între părinți, între membrii familiei extinse), de deces și de doliu neefectuat, violențe fizice, probleme cronice de sănătate. Situația socio-economică este adesea degradată (marginalizare, șomaj), problemele sociale și judiciare sunt frecvente. Se regăsesc frecvent antecedente psihiatrice, în special existența de tentative de suicid la care uneori copilul a fost spectator sau despre care a auzit vorbindu-se. Copilul însuși a făcut adesea obiectul unui plasament sau al unei acțiuni de protecție judiciară.

Semnificația tentativei de suicid. — Cu cât copilul este mai mic, cu atât dorința mărturisită de a muri pare mai mascată, fiind enunțată uneori ca o dorință de „a-și face rău", „a pleca", „a înceta să mai fie obosit". Totuși, unele idei de moarte sunt adesea spuse de către copil, cu condiția să perceapă în interlocutor o persoană de încredere. Dacă putem regăsi, ca și la alte vârste, dorința de a fugi de o situație neplăcută sau încercarea de a dramatiza și a lansa un apel în fața unui conflict sau a unei frustrări, unele motivații aparente par să fie mai tipice pentru copil. Astfel, unii copii exprimă o oboseală, o epuizare intensă și teama de a nu mai putea face față. Această configurație se observă în special atunci când unul sau ambii părinți se arată vulnerabili (maladie, șomaj, sărăcie și excludere/marginalizare) sau slabi (conflict parental major, dispariție de la domiciliu...). Mult timp, copilul a suplinit slăbiciunea adulților printr-un comportament hipermatur și un rol de parentalizare. Uneori, tocmai în momentul

* NU sunt toate tratate aici (v. introducere).

în care dificultățile familiale par să se atenueze, copilul trece la act. Alte cazuri corespund unei trăiri de rușine atunci când copilul este supus unui abuz sexual sau a fost confruntat cu ceva ce nu poate fi mărturisit (Racine, 1997), în special când un copil este folosit de unul dintre părinți împotriva celuilalt. Uneori gestul suicidar corespunde unei dorințe de pedeapsă, eventual anunțat printr-o scrisoare adresată părinților, în care explică gestul și în același timp își cere scuze pentru greșeala comisă: o notă proastă la școală, o prostioară comisă înainte... Astfel de situații se observă în familiile cu un profil ușor diferit, în care domină adesea o strictețe (rigiditate?) morală extremă cu exigențe mari sau grandioase.

În plan psihopatologic. — Raporturile între depresie–tentativă de suicid, pe de-o parte, între tentativa de suicid și diferențierea interpersonală, pe de altă parte, domină înțelegerea.

Tentativa de suicid și depresia la copil: dacă este abuziv să considerăm că orice tentativă de suicid corespunde unei stări depresive, trebuie totuși să constatăm că o dată cu o mai bună definire a simptomelor și criteriilor pentru depresie la copil (v. cap. 18, 2.), aceasta apare frecvent: sentimentul de copleșire și fatigabilitate, sentimentul de a nu fi la înălțimea a ceea ce au cerut părinții, pierderea stimei de sine, sentimentul de a fi greșit și culpabilitatea, sentimentul de rușine se întâlnesc frecvent. Starea depresivă poate să se integreze: 1) fie într-o organizare de tip nevrotic, marcată de o severitate excesivă a Supraeului și un sentiment de devalorizare adesea în oglinda imaginilor parentale (și a părinților reali) resimțiți ca intransigenți; 2) fie în cadrul unei organizări de limită, marcată de amenințarea unei prăbușiri la copiii care până atunci au susținut un narcisism parental precar.

Tentativa de suicid și confuzia sine – non-sine: mai rar, cu atât mai mult cu cât copilul este mai mic, confuzia între limitele sine-altul, întoarcerea masivă și brutală spre sine a unei agresivități ce nu poate fi exprimată sau îndreptată asupra figurii părinților pare să predomine. Impulsivitatea, intoleranța la frustrare, tulburările de comportament, diverse manifestări simptomatice care evocă structuri limită, prepsihotice sau dizarmonice (v. cap. 20).

Diagnostic și tratament. — Chiar dacă este rară, eventualitatea unei tentative de suicid trebuie avută în vedere la un copil care dă explicații confuze, în fața unui gest care survine într-un context sugestiv, în fața unor semne fizice sau a unor rezultate complementare (prezența de toxice în urină) sugestive. Este important ca în această situație copilul să fie protejat, adesea izolându-l de mediul familial (spitalizare) și să i se ofere posibilitatea de a fi ascultat cu empatie. Cu cât copilul este mai mic, cu cât situația familială este mai conflictuală și mai confuză, cu atât mai puțin va răspunde deschis copilul la întrebările

precise care i se pun. Întrevederea trebuie să se poată derula într-un climat de confidențialitate și prudență, să fie cât mai apropiată de istorisirea copilului (preluând teme din desene, din vise, din coșmaruri...) și eventual repetând pentru a-i câștiga puțin câte puțin încrederea.

Anunțarea părinților asupra gestului nu are sens decât dacă aceștia sunt capabili de o mișcare de empatie și de înțelegere față de copilul lor. Dacă părinții se arată prea vulnerabili, prea imaturi și incompetenți, sau chiar capabili de reacții agresive sau culpabilizante, este preferabil uneori să fie trecută sub tăcere semnificația gestului aflat la originea spitalizării.

O continuare psihoterapeutică este adesea indispensabilă. Amenajări ale vieții (măsuri de justiție, plasament în Adăpost Familial Terapeutic, mai rar internat sau cămin terapeutic pentru cei mai mari) devin necesare atunci când mediul familial este foarte perturbat.

3.3. — CONDUITE PRIMEJDIOASE ȘI ECHIVALENȚI SUICIDARI

O serie de autori (Duché, Riquet, Gessel, Bakwin...) au stabilit un paralelism între conduitele suicidare manifeste și propensiunea la accidente la anumiți copii. Există de fapt un continuum între accident, suicid-accident, suicid-joc și suicid cu dorința de moarte constant exprimată înainte de TS.

Astfel, anumiți copii adoptă conduite de „sfidare" proprii să le pună viața în primejdie (mersul pe marginea prăpastiei, traversarea străzii cu ochii închiși...), această noțiune de risc fiind mai mult sau mai puțin conștientă. La alții, istoria clinică este presărată cu o impresionantă serie de accidente (fracturi repetate, mușcături de animale, diverse arsuri, accidente domestice frecvente). Cele câteva studii asupra acestor copii sau a familiilor lor pun în evidență o serie de trăsături comune incontestabile cu cazurile de TS. Acest fapt trebuie să incite nu numai pedopsihiatrul, ci și pediatrul sau medicul generalist, să ia în considerare aceste accidente repetitive, nu ca pe un rezultat al fatalității, ci ca o dovadă concretă a unui context psihopatologic deosebit.

BIBLIOGRAFIE

DUCHE D.J.: Les tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent. *Psychiat. Enf.*, 1964, 7 (1), 1-114.

DUCHE D.J., BRACONNIER A., KHEMICI M.: Etude des comportements automutilateurs chez des enfants encéphalopathes sans langage. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1979, 27 (12), 521-527.

ENFANTS ET VIOLENCE: Les 10-13 ans, âge invisible. *Autrement*, 22, 1979.

FERRARI P.: L'enfant et la mort. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1979, 27, 4-5 177-186.

FLAVIGNY Ch.: Les gestes suicidaires de l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1982, 30, 10-11, 537-562.

GOURDON-HANUS D., HANUS M., JASSAUD R.: Le deuil chez l'enfant. *Psychiat. Enf.*, 1980, 23 (1), 319-340.

KARLI P.: Les conduites agressives. *Recherche*, 1971, 18, 2, 1013-1021.

KARLI P.: Neurobiologie des comportements d'agression. PUF, Paris, 1982, coll. Nodule, 1 vol.

LORENTZ K.: *L'agression*. Flammarion, Paris, 1969.

MALE P.: Le suicide chez l'enfant et l'adolescent. *Rev. prat.*, 1971, 21, 32, 4827-4840.

MARCELLI D.: Les tentatives de suicide de l'enfant: aspect statistique et épidémiologique général. *Acta paedopsychiat.*, 1978, 43, 213-221.

MONTAGNER M.: *L'enfant et la communication*. Stock, Paris, 1978.

NUMERO SPECIAL: L'enfant et la mort. Articles de Ferrari, Dugas, Ebtinger, Kohler etc. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1979, 27, 4-5 177-233.

POUSSIN G.: Les conduites automutilatrices. *Psychiat. Enf.*, 1978, 21(1), 67-131.

RUCINE M.O.: Accueil et caractéristiques psychologiques des tentatives de suicide en pédiatrie: à propos de 72 observations. *Neuropsychiat. Enf. et Adolesc.*, 1997, 45, 9, 468-475.

WIDLÖCHER D.: Le rôle des fantasmes d'agression dans la dynamique de l'agressivité. *In: Les troubles du caractère, 2-e Congrès européen de pédopsychiatrie*, 1963, vol. 2, 1193-1198.

13 PSIHOPATOLOGIA DIFERENȚELOR DINTRE SEXE ȘI A CONDUITELOR SEXUALE

1. — MITURI, DIFERENȚA DINTRE SEXE ȘI SEXUALITATE

Dacă există probleme în care mitul și realitatea se întrepătrund, cu siguranță problema diferenței dintre sexe este una dintre acestea. Mitul unei individualități complete și autonome, al unui hermafroditism fericit și satisfăcut, al unui narcisism absolut, al unei completudini gemelare nirvanice, țese pânza de fond a problemei diferenței dintre sexe, fie că este vorba despre mitul originar (Adam) sau despre o dorință ulterioară (romantismul german). A studia sexualitatea copilului, a cărui imaturitate genitală reprezintă tocmai prin durata sa o caracteristică a speciei umane, nu înseamnă să eludăm această dimensiune a mitului asupra căreia vom reveni.

Întreaga problematică a narcisismului, obiect al celor mai recente preocupări și cercetări, subîntinde în egală măsură această problemă. Posibilei bisexualități originare, problemei constituirii identității sexuale a individului, locului primordial deținut de corpul social în funcțiile clasice atribuite fiecărui sex, îi corespund adesea ca un ecou „studiile științifice“, experiențele fiziologice experimentale și studiile analogice ale comportamentului animal, al căror rol pare să fie mai degrabă acela de a asigura convingerea celui care scrie decât lămurirea cititorului.

Vom încerca în acest capitol mult prea scurt să trasăm principalele jaloane ce marchează calea diferenței sexuale, a percepției acestei diferențe de către copil și a emergenței sexualității care trebuie să se degajeze progresiv din genitalitate. De fapt, probabil că dacă nu ar fi existat perioada de latență în copilărie, nu ar fi existat sexualitate, ci numai o funcție de reproducere, așa cum se observă la marea majoritate a speciilor animale. Unul dintre marile merite ale lui Freud este acela că a putut vorbi despre sexualitatea băiețelului fără rușine sau agresivitate,

fără refulare: se spune adesea că Freud a „descoperit“ sexualitatea infantilă așa cum Cristofor Columb a descoperit America. Cu mult înaintea lui Freud, numeroase articole medicale menite să arate primejdiile practicilor sexuale infantile, aparatele ingenioase făcute să interzică orice „atingere“ a organelor genitale de către copil dovedeau bine faptul că sexualitatea copilului era bine cunoscută dar reprimată, cel puțin în vremea tulbure puritană a celor două secole precedente (secolul XVIII și XIX).

Meritul lui Freud este acela de a fi descoperit această sexualitate infantilă, dar în sensul de a ridica vălul ce o ținea ascunsă. Totodată, această sexualitate descoperită, dezgolită, a făcut ca pentru un timp să fie uitat rolul fazei de latență, rol ce rămâne la fel de misterios în ochii fiziologilor, ca și în aceia ai psihologilor sau psihanaliștilor.

Astfel, pe măsură ce *infans* se constituie ca individ, trebuie nu numai să recunoască un sex și să renunțe la altul, ci și să accepte că nu va găsi pentru multă vreme un obiect veritabil de satisfacere sexuală; poate că această lungă perioadă, numită de latență, are tocmai rolul de a permite acestui *infans* o întreagă gamă de experiențe, încercări și erori, prin definiție niciodată satisfăcătoare (orgasmul este pentru mai târziu), dar care lasă deschis câmpul descoperirii. Anumiți cercetători văd în asta sursa succesului uman.

Nu vom relua aici studiul dezvoltării libidinale prezentat deja în altă parte (v. cap. 1, 4.), întrucât ne vom centra mai în detaliu asupra evoluției sexualității și a avatarurilor sale fiziologice și psihologice.

2. — BAZELE FIZIOLOGICE ȘI FIZIOPATOLOGICE ALE DIFERENȚIERII SEXUALE

Vom reaminti că trebuie diferențiate **sexul genetic** (cromozomii 46 XY și 46 XX), **sexul gonadic** (structura gonadelor masculine și feminine), **sexul corporal** (caracterele sexuale primare: organele genitale interne și externe, caracterele sexuale secundare: pilozitate, sâni, morfologie etc.), **sexul stării civile** și, în fine, sexul **„trăit“**. Acest „sex trăit“ face trimitere la noțiunea de identitatea sexuală în care se recunoaște individul. În opinia lui Stoller, această identitate sexuală include două componente: *identitatea de gen*, adică rolul social al unuia sau altuia dintre sexe, și *identitatea de sex*. Stoller distinge astfel două noțiuni: *„genul“*, care este un concept psihologic și sociologic, și *„sexul“*, care este un concept biologic.

Nu există două linii sexuale total diferite, una masculină şi alta feminină, încă de la conceperea oului ci, dimpotrivă, este o interacţiune constantă, care ia adesea alura unei reprimări fiziologice a uneia sau alteia dintre linii. Disensiunile frecvente dintre aceste două linii sunt ilustrate în fiecare etapă de anumite tipuri de anomalii.

Cercetările cele mai recente tind să arate că ar exista un fel de „sex neutru", pornind de la care s-ar face dezvoltarea: această stare este mai aproape de sexul feminin care ar reprezenta într-un fel primul sex (în plan biologic, se observă aici exact o situaţie inversă faţă de mitul lui Adam, din care ar fi ieşit Eva). Rolul lui Y este în mod primitiv acela de a induce secreţia de testosteron care antrenează secundar masculinizarea tractului urogenital. În absenţa lui Y, sau în absenţa testosteronului, dezvoltarea se face către o morfologie feminină care ar reprezenta evoluţia „pasivă spontană". Biologii continuă însă să se întrebe care este rolul celui de-al doilea X al sexului genetic feminin 46 XX.

2.1. — SEXUL CROMOZOMIAL

46 XY la bărbat.
46 XX la femeie.

Prezenţa unui al doilea X determină prezenţa „corpusculului lui Barr" sau cromatina sexuală (deci lipseşte această cromatină sexuală la cei cu 46 XY şi la cei cu 45 XO).

Anomalii

– 45 XO: *sindromul Turner*, marcat de o morfologie feminină cu o anumită malformaţie (pterigium Coli) şi o debilitate de profunzime variabilă;

– 47 XXY: *sindromul Klinefelter*, cu un morfotip masculin de aspect longilin. Debilitatea este frecventă.

În fine, vom semnala problema mozaicurilor cromozomiale, care se caracterizează printr-un echipament genetic variabil de la o celulă gonadică la alta, realizând în situaţii extreme tabloul de hermafroditism adevărat cu un ovotestis unit sau bilateral. În planul organelor genitale externe, se pot observa toate tipurile de ambiguitate.

2.2. — SEXUL GONADIC ŞI SECREŢIA HORMONALĂ

În mod normal, sexul cromozomial orientează evoluţia gonadei încă din a şasea sau a şaptea săptămână de viaţă embrionară. După cum am văzut, secreţia

de testosteron masculinizează tractul urogenital. După o diminuare relativă a nivelului hormonilor sexuali aflaţi în circulaţie la fetus, se observă o creştere bruscă a acestui nivel în perioada neonatală, în special la băiat. Aceste niveluri foarte ridicate se menţin 3 până la 7 luni la băiat, pentru a reveni apoi la niveluri scăzute, caracteristice copilăriei. Acest vârf de secreţie de hormoni masculini la băiatul nou-născut explică existenţa erecţiilor la această vârstă; el ar fi responsabil în parte de orientarea psihosexuală a sistemului nervos central. La fetiţa nou-născută, creşterea nivelurilor de hormoni sexuali este mai puţin importantă şi se stinge mult mai rapid. Aceste niveluri ridicate de hormoni sexuali la naştere ar corespunde unei faze de receptivitate particulară şi tranzitorie a axului hipotalamo-hipofizar. Sensibilitatea particulară a SNC al băiatului nou-născut pare să fie demonstrată la anumite specii animale: secreţia hormonală masculină intensă ar marca un fel de amprentă incontestabilă „masculinizantă" a creierului, ce inhibă centrul de activitate ciclică hipotalamo-hipofizar caracteristic funcţionării femelelor.

După o lungă perioadă de tăcere, proprie speciei umane, secreţiile hormonale se reiau la pubertate, care survine între 10 şi 17 ani la fată şi între 11 şi 18 ani la băiat (limite fiziologice extreme).

Anomaliile funcţionale. — Menţionăm mai întâi existenţa pubertăţii precoce (înainte de 9 ani la fată şi de 10 ani la băiat) aproape întotdeauna de origine tumorală la băiat, şi de origine funcţională la fată. Descoperirea tumorii şi tratamentul său la băiat, punerea la punct de dată recentă a moderatorului hipofizar, conferă medicinii somatice câteva arme pentru a lupta împotriva acestei pubertăţi precoce care adesea perturbă mult echilibrul psihoafectiv al copilului.

La polul opus, **întârzierile pubertare** (dincolo de 17 ani la fată şi de 18 ani la băiat) sunt cel mai adesea de tip funcţional atunci când sunt izolate, fără alte semne endocrine. O explorare minuţioasă a ansamblului funcţiilor hipotalamo-hipofizare este totuşi necesară. Dificultăţile psihoafective din seria inhibiţie-izolare sunt frecvente prin decalajul pe care această întârziere pubertară îl provoacă în raport cu ceilalţi adolescenţi.

Anomaliile organice. — Este vorba despre pseudohermafroditismele masculine (gonada masculină) sau feminine (gonada feminină): organele genitale au un aspect ambiguu, fie opus sexului cromozomial care, în schimb, este normal (46 XY sau 46 XX). Acest fenomen se observă în cazurile de impregnare a fetusului cu hormonul de sex opus (spre exemplu pseudohermafroditismul feminin prin hiperplazie congenitală virilizantă a suprarenalelor) sau prin insensibilitatea receptorilor la hormonul normal (spre exemplu în testiculul feminizant).

În cadrul acestor pseudohermafroditisme apar problemele cele mai dificile de identitate sexuală. Atunci când un copil a fost crescut conform unui sex civil cu

care s-a identificat în mod corect, schimbarea de sex, odată depăşită vârsta de 3-4 ani, pune probleme dificile în care trebuie puse în balanţă importanţa ambiguităţii sexuale, capacităţile chirurgiei plastice, profunzimea identităţii sexuale individuale şi sociale. Altfel spus, nu poate fi definită nici o regulă generală, fiecare caz reprezentând o indicaţie particulară. În manieră generală, numeroase lucrări (Stoller, Kreisler) au arătat că sexul social, adică sexul atribuit copilului de către părinţii săi, constituie polul organizator în jurul căruia se afirmă identitatea sexuală a copilului şi că, în măsura în care este posibil, este preferabilă menţinerea acestei alegeri. Există unele cazuri în care îndoiala asupra identităţii sexuale, nu numai a corpului medical, ci şi a familiei, provoacă în mod cert o falie în procesul de identificare al copilului, dar permite o plasticitate mai mare (Daymas); într-un astfel de caz, o schimbare a sexului mai tardivă este mai puţin perturbatoare.

Am putut vedea, foarte schematic, bazele fiziologice ale diferenţei dintre sexe. Astfel, am putut observa că erorile, nediferenţierile, incertitudinile există la toate palierele organice ale acestei diferenţieri sexuale. În paragrafele următoare, atenţia noastră se va îndrepta asupra mecanismelor psihologice sociale, familiale şi individuale, după ce diferenţierea fiziologică s-a constituit în manieră satisfăcătoare.

3. — BAZELE PSIHOLOGICE ŞI SOCIOLOGICE ALE DIFERENŢEI DINTRE SEXE

A vorbi despre diferenţa dintre sexe în plan sociologic introduce în dezbatere o dimensiune politică, căreia nu numai că nu-i putem scăpa, dar căreia mai ales copilul nu-i va scăpa. Problema se poate formula în modul următor: în ce măsură perceperea unei diferenţe este acompaniată de un sentiment de ierarhie de valori?

Desigur, răspunsurile culturale abundă în faţa acestei interogaţii: fiecare ştie, cel puţin în cadrul societăţilor noastre occidentale, cât de mult a putut servi sexul masculin drept referinţă (şi încă mai face acest lucru): valorile etice, morale, fizice, caracteristice bărbatului au practic tendinţa clară de a fi definite ca pozitive, iar valorile contrare, numite feminine, ca negative. Este evident că părinţii, apoi copilul de la cea mai fragedă vârstă, vor fi impregnaţi de un astfel de mod de a gândi.

Fundamental pentru copil considerăm că este totuşi momentul în care va percepe existenţa unei diferenţe sexuale: în mod evident acest moment este pregătit de multă vreme prin sexul pe care părinţii săi i l-au atribuit prin maniera de a-l creşte, a-l îmbrăca, a-i vorbi etc. Totodată, o fază importantă precede această mişcare: este vorba despre perioada fuzională normală cu mama, în cursul căreia bebeluşul îşi stabileşte un sentiment de existenţă (*Selful* său), perioadă pe care trebuie să o depăşească în momentul fazei de „separare–individuare“ (M. Mahler) sau în cursul „poziţiei depresive“ (M. Klein). Acest sentiment al existenţei constituie fundamentul pornind de la care copilul se va recunoaşte ca individ, înainte de a-şi recunoaşte un sex. În aceste condiţii, Stoller consideră că relaţia fuzională mamă–fiică aduce fetelor un sentiment de individualitate mai solid decât aduce relaţia mamă–fiu băieţilor, unde decalajul de sex introduce o îndoială mai mare în identificare. Rezultatul clinic pentru băiat, şi apoi pentru bărbat, este o teamă mai mare de homosexualitate decât la fată pentru că, în opinia lui Stoller, rădăcinile a ceea ce el numeşte „masculinitate“ sunt mai puţin bine asigurate.

Odată stabilit sentimentul de individualitate, copilul este confruntat cu problema diferenţei dintre sexe: el trebuie să îşi recunoască apartenenţa la un sex şi să renunţe la fantasma originară de omnipotenţă sau de completudine. În mod evident, atitudinea familiei joacă aici un rol considerabil, dar copilul este introdus în dialectica recunoaşterii unei lipse cu emergenţa unei dorinţe şi, în corolar, în dialectica plăcerii şi a completudinii: în jurul acestor patru termeni, lipsă–dorinţă, completudine–plăcere, trebuie să se organizeze sexualitatea copilului, marcată întotdeauna, aşa cum am precizat în introducere, de imaturitatea fiziologică infantilă.

Această imaturitate sexuală fiziologică conduce la distingerea genitalităţii şi sexualităţii, primul termen implicând maturitatea organelor genitale, al doilea fiind mai centrat asupra căutării unei plăceri care nu trebuie să ne facă să uităm totuşi cei trei timpi precedenţi (lipsă–dorinţă–completudine). Pentru copil, indiferent de sexul său, a accepta această lipsă înseamnă a renunţa la atotputernicia sa infantilă (nu numai de a putea fi satisfăcut total de către mamă, dar şi de a o putea satisface total), şi a proiecta asupra cuplului parental această stare de completudine invidiată. De asemenea, copilul trece de la mitul completudinii narcisice la mitul scenei primitive pornind de la care se organizează **curiozitatea sexuală**.

În teoria psihanalitică, pe această curiozitate sexuală se sprijină tendinţele voaioriste/exhibiţioniste ale copilului, precum şi dorinţele sale epistemofile în cadrul unei sublimări de bună calitate. Astfel se pot observa decalaje optice subtile ce îl fac pe copil să treacă de la dialectica unei completudini narcisice (diada mamă–copil) la aceea a diferenţei sexuale (băiat–fată în faza oedipiană) şi în final la aceea a diferenţei de generaţie (copil–adult în perioada de latenţă).

Am văzut că disimetria cuplului mamă–băiat explică probabil incertitudinea mai mare în identificare a băiatului decât a fetei (Stoller). Oare trebuie să vedem

în această disimetrie una dintre marile probleme ale pedopsihiatriei, aceea a disimetriei morbidității în funcție de sex? Vom aborda succint acest aspect.

3.1. — MORBIDITATEA ÎN PEDOPSIHIATRIE

Toate studiile epidemiologice sunt de acord în recunoaşterea existenței unei suprareprezentări a băieților în raport cu fetele în populația consultantă în pedopsihiatrie. Înainte de 14 ani, se constată o proporție de 60-65% băieți față de 35-40% fete, proporție ce se diminuează treptat, pentru a se inversa în jurul vârstei de 18 ani (1,4 fete la 1 băiat), singura perioadă în care sexul feminin este suprareprezentat în copilărie.

Disparitatea dintre sexe variază în funcție de diversele maladii. Astfel, am putea cita cu titlu de exemplu:

- autism infantil: 3 până la 4 băieți la 1 fată;
- alte psihoze infantile: 2 băieți la 1 fată;
- tulburări de conduită şi de comportament: 4 băieți la 1 fată;
- tulburări de limbaj: 2 băieți la 1 fată.

Anumite patologii sunt cvasi-specifice unui sex: bâlbâiala şi ticurile se observă într-o proporție de 7 până la 8 băieți la 1 fată. Predominanța la fete nu se observă decât pentru anorexia mentală (dezechilibru foarte important: 10 fete la 1 băiat) şi pentru tulburările nevrotice într-o proporție mult mai mică. În general, putem spune că băieții au o fragilitate mai mare şi sunt, la diagnostic egal, mai grav afectați decât fetele.

Această disparitate globală în detrimentul băieților are explicații multiple: organice, sociologice şi psihologice. Astfel, vulnerabilitatea genetică şi fragilitatea biologică sunt incontestabil mai mari la băiat (mortalitate neonatală mai mare), de asemenea vulnerabilitatea în dezvoltare este superioară. La aceşti factori s-ar adăuga, pentru unii, un element cultural: îngrijorarea părinților este mai mare pentru băieți decât pentru fete datorită importanței inserției sociale. În fine, în plan individual, identificarea mai directă între mamă şi fiica sa (Stoller) ar asigura acesteia o bază mai solidă decât băiatului.

3.2. — DISIMETRIA ÎN FUNCȚIE DE SEX

În general, dispersia în jurul normei pare diferită în funcție de sex. Din acest punct de vedere, puține studii s-au preocupat să definească o abatere tip pentru diverse patologii comparând cele două sexe. Pentru etologi, una dintre caracteristicile sexului masculin în diversele specii animale este tocmai o mai mare dispersie a conduitelor în jurul normalității şi, în consecință, cu un rol de explorare şi inovare superior (I. Eibl-Eibesfeldt), în vreme ce sexul feminin pare să prezinte o mai mare concentrare în jurul normei şi să-şi asume un rol mai important în conservare, atât a conduitelor, cât şi a „patrimoniului" cultural în sensul său cel mai extins.

Trebuie oare să vedem în această mai mare abatere de la normă la băieți unul dintre motivele suprareprezentării lor în pedopsihiatrie? Este sigur, spre exemplu, că o instituție cum este şcoala tolerează greu abaterile prea mari în raport cu o normă, probabil definită mai mult pentru sexul feminin decât pentru sexul masculin. În afara diferențelor cunoscute în ce priveşte capacitățile intelectuale (superioritate a fetelor în plan verbal, a băieților în elaborarea logică şi vizualizare spațială), există importante diferențe comportamentale între băiat şi fată. Astfel, în şcoala primară, Zazzo a remarcat o turbulență superioară la băieți, cooperare şi stabilitate superioare la fete şi o tendință la izolare în activități de construcție mai accentuată la băieți. După cum vedem, turbulența şi izolarea sunt valori mai degrabă „pozitive" în ochii şcolii. Există aici un întreg domeniu de cercetare epidemiologică încă foarte incomplet studiat.

Această problemă a variației nivelului de morbiditate în funcție de sex este cu atât mai importantă cu cât la adulți proporția este inversă: toate studiile arată că între 25 şi 35 de ani curbele de morbiditate se încrucişează. După această vârstă, femeile sunt suprareprezentate, chiar ținând cont de mortalitatea masculină superioară (nevroză, depresie). Se pune astfel problema prevenției şi predicției în pedopsihiatrie: acțiunea noastră depinde oare în primul rând de reacțiile de intoleranță sau de îngrijorare ale mediului? Ignoră ea oare, sau nu poate repera, viitoarele perturbări ale adultului? (v. normalul şi patologicul, *infra.*).

4. — SEXUALITATEA COPILULUI ŞI AVATARURILE SALE

Începând de la 2-3 ani, dar pentru unii autori chiar mai devreme, copilul pare să recunoască apartenența sa la un sex. **Curiozitatea sexuală** se exprimă direct între 3 şi 5 ani (întrebări despre „cocoşel" sau „păsărică") acompaniate adesea de o atitudine exhibiționistă. Aceasta din urmă se atenuează către 5-6 ani, dar se observă atunci jocuri de manipulare sau de explorare (jocul de-a doctorul între băiat şi fată), în vreme ce, în raport cu adulții, se stabileşte un sentiment de jenă, chiar de ruşine. Începând de la 7-8 ani, celălalt sex este în general pus la distanță până la începutul adolescenței: în curtea şcolii primare, în pofida amestecului, băieții se joacă cu băieți, iar fetele între ele.

În paralel cu aceste descoperiri asupra propriului sex, evoluează și teoriile copilului referitoare la conceperea bebelușului: fecundarea orală (prin alimente sau sărut), apoi micțională, nașterea bebelușului prin anus sau prin ombilic cu fantasme mai mult sau mai puțin sadice și agresive de sfâșiere a burții. Scena primitivă (raportul sexual dintre părinți) este de asemenea trăită într-un mod agresiv: atacul tatălui asupra mamei, mușcătură sau castrare. Trăirea va fi în mod evident puternic influnețată de atitudinea reală a cuplului pe care copilul îl are sub ochi și va determina natura relațiilor sale cu ceilalți.

4.1. — EVOLUȚIA MANIPULĂRILOR SEXUALE

Descoperirea sexului este însoțită foarte curând de manipularea sa. Integrată la început, către 6-7 luni, în schemele senzorio-motorii ce favorizează descoperirea corpului, manipularea sexului devine rapid, începând de la 2-3 ani, o activitate în sine, în care plăcerea masturbatorie apare repede ca esențială. Datorită configurației anatomice, sexualitatea băiețelului, ușor vizibilă și reperabilă, a servit la început ca referință și model (Freud), sexualitatea fetei fiind explicată în negativ în raport cu precedenta.

Este sigur că **manipulările sexuale** cele mai precoce (începând de la 6-7 luni) incluse în schemele senzorio-motorii nu sunt posibile decât la băiat. De altfel, mamele descriu frecvent, pe un ton în care se amestecă teama, mândria, dezgustul sau plăcerea (depinde de fiecare), că la ora băii „se trage de el cu străşnicie". Adevăratele masturbări apar către 2-3 ani, atât la băiat cât și la fată, se diminuează timp de un an sau doi, înainte de a fi reluate intens între 5-6 ani fie sub formă de masturbare directă, fie sub formă de activitate ritmică: balansarea corpului, flexiune-extensie a coapselor etc. Din acest punct de vedere, se pare că fetița își descoperă nu numai clitorisul, ci și vaginul, așa cum băiatul își descoperă penisul. Am putea regăsi un indiciu indirect al acestui fapt în frecvența mare a vaginitelor la fetițe, cauzate de introducerea unui obiect sau a degetului în vagin.

La această vârstă, activitatea masturbatorie este acompaniată de o ferventă activitate fantasmatică, mai mult sau mai puțin culpabilizată în funcție de atitudinea parentală: fantezii de urinare sau defecare, fantezii asupra scenei primitive parentale.

În perioada de latență această activitate masturbatorie se atenuează, dar nu este rar ca aceasta să persiste în manieră intermitentă. Reluarea masturbării este cvasi-constantă în perioada pubertară și la adolescență. Masturbarea adolescentului este caracterizată de contextul fantasmatic bogat care o însoțește: fantezii legat

de un/o eventual(ă) partener(ă), culpabilitate intensă, fantasme agresive, rușine și dezgust, fantasme ce alternează cel mai adesea la același adolescent.

Deviațiile în raport cu această sexualitate obișnuită sunt reprezentate de masturbările intempestive într-un context nevrotic, de obicei culpabilizate (teama de boală, de anomalie, de deteriorarea organelor sexuale). Ele se pot produce într-un context exhibiționist, fără nici o reținere, atunci fiind dovada unei stări psihotice.

Am evocat deja curiozitatea sexuală a copilului în raport cu sexualitatea adultului, în special aceea parentală; cu activarea obișnuită a pulsiunii voaieriste. Această pulsiune voaieristă poate atinge o intensitate cvasi-patologică, deși evoluția moravurilor a atenuat-o mult. La fel și în ceea ce privește opusul său, **exhibiționismul**, care în secolul precedent era stigmatizat ca având un caracter net patologic. În prezent, numai preadolescenții și adolescenții exhibiționiști, care au adesea conduite masturbatorii sau agresive, mai păstrează caracterul deviant. Vom cita pentru memorie exhibiționismul copiilor psihotici care, în realitate, nu este decât o necunoaștere a limitelor propriului corp.

De fapt, în ceea ce privește exhibiționismul, ar fi poate mai oportun, în zilele noastre, să vorbim despre exhibiționismul parental față de copii: evoluția moravurilor a condus numeroși părinți spre un liberalism binefăcător la nivelul corpului și al nudității. A se plimba gol prin apartament, a face baie împreună, au devenit conduite banale în numeroase familii. Totodată, părinții uită, sau se prefac că uită, că atunci când copilul lor va crește ar putea resimți această nuditate ca pe o provocare incestuoasă, sursă de suferință și, paradoxal, de exacerbare a conflictelor sale psihice (nevrotice sau psihotice).

4.2. — EVOLUȚIA PARTENERULUI SEXUAL: PROBLEMA HOMOSEXUALITĂȚII

Este important să distingem aici sexualitatea copilului de aceea a adolescentului. Pentru cel dintâi, datorită imaturității sale fiziologice, a vorbi despre un „partener sexual" constituie un abuz de limbaj. Totuși, în perioada de latență copilul evoluează în cadrul colegilor formând un grup social care, pentru a relua distincția propusă de Stoller, asigură identitatea sa de gen. Numai după perioada de latență, o dată cu adolescența și apariția maturității sexuale, se pune problema identității sexuale și a unei veritabile alegeri a unui partener sexual. Nu vom aborda aici dimensiunea culturală a homosexualității: valoarea pozitivă sau negativă, inițiatică sau perturbatoare a experienței homosexuale variază complet de la o cultură la alta. La fel se întâmplă și cu problema „normalității" (normalitatea fiind aici opusă bolii) homosexualității. Fiecare știe că

homosexualitatea este fie o „boală", fie un „delict", fie o deviantă tolerată, fie o stare cvasi-privilegiată în funcție de țară și cultura sa.

În fine, trebuie să precizăm că un întreg curent organicist tinde să interpreteze homosexualitatea printr-o schemă pur somatică, fără ca vreun rezultat, în afara studiilor asupra perechilor de gemeni, să fi adus argumente riguroase.

În cursul perioadei numite de latență

În cursul acestei perioade se consolidează identitatea de gen: în majoritatea cazurilor, copiii se joacă în manieră cvasi-exclusivă, între 7-8 ani și 12-13 ani, cu copii de același sex. În mod obișnuit afișează un dezinteres sau chiar dispreț pentru jocurile, activitățile sau frecventarea celuilalt sex. Aceste relații „unisex" pot fi uneori însoțite de încercări de raporturi homosexuale de grup sau de cuplu: întreceri legate de dimensiunea sexului sau a puterii de urinare, atingeri manuale, bucale sau anale, mai frecvente la băieți decât la fete. Aceste atitudini exclusive pot, în cazul unor părinți care sunt ei înșiși nesiguri în alegerea lor sexuală sau închiși în poziții heterosexuale defensive, să îi facă să se teamă de o viitoare homosexualitate. Cel mai adesea, asta nu înseamnă nimic.

În realitate, mult mai îngrijorătoare este atitudinea copilului care încă de la această vârstă preferă numai jocurile celuilalt sex, frecventează numai copii de sex opus (găina plouată, băiatul castrat). Această aparentă „heterosexualitate" maschează în realitate o îndoială asupra identității de gen și poate constitui un veritabil nucleu homosexual ulterior, copilul identificându-se cu conduitele sociale de gen opus. La astfel de copii, constelația familială este adesea perturbată: tată slab, mai mult sau mai puțin ridiculizat de soția lui, mama profund ostilă față de sexul copilului său, în special atunci când este vorba despre un băiat. Această constelație devine caricaturală în transsexualism. Este important însă să fim prudenți în evoluția și prognosticul pe termen lung deoarece adolescența permite numeroase remanieri.

În cursul adolescenței

Maturitatea sexuală nu se dobândește în mod magic: o lungă perioadă de incertitudine, de plutire, de ezitare, precede în general stabilirea identității sexuale. Vom reveni mai în detaliu asupra acestei probleme în studiul sexualității la adolescență (v. *Adolescență și psihopatologie*, ed. a 5-a, cap. 7).

Vom spune aici pur și simplu că experiențele homosexuale tranzitorii, atât la băiat cât și la fată, sunt foarte frecvente, și fără valoare reală de prognostic. Și aici, atitudinile defensive ale părinților pot să-i facă să se teamă de o homosexualitate definitivă a adolescentului(ei), și riscă în special să exacerbeze apărările nevrotice ale acestui adolescent împotriva pulsiunilor sale sexuale (culpabilitate, rușine, ascetism).

4.3. — DEVIAȚII SEXUALE PARTICULARE

Fetișismul

În capitolul consacrat psihopatologiei jocului (v. *infra*), am prezentat destinul obiectului tranzițional care, în mod normal, dispare progresiv. La anumiți copii, acest obiect este păstrat mult peste vârsta normală, adesea în relație cu o atitudine de complicitate excesivă din partea mamei. Winnicott subliniază riscul de a vedea în aceste condiții obiectul tranzițional transformat în fetiș. În anumite cazuri, obiectul ales are de la început o semnificație fetișistă (îmbrăcăminte intimă feminină aparținând mamei). La pubertate se poate observa, în special la băiat, o reactivare a utilizării unor obiecte fetiș, ce pot conduce, la adolescență, la debutul unui comportament pervers: utilizarea obiectului fetiș în cursul masturbării.

Travestitismul

În această conduită deviantă proprie băieților, în opinia lui Stoller, identitatea de sex este stabilită (băiatul se recunoaște ca atare), dar identitatea de gen este fluctuantă. Travestitismul este cel mai adesea episodic și corespunde unor momente de criză: angoasă de abandon, ruptură familială. La alți copii, travestitismul reprezintă o conduită mai elaborată ce a debutat la o vârstă foarte mică: încă de la 3-4 ani, acestor băieți le place să se îmbrace cu hainele mamei lor. Complezența sau chiar provocarea maternă sunt constante. Tatăl este absent fizic sau psihic. El poate avea același tip de complicitate față de simptomul copilului său ca și mama.

Transsexualismul

În opinia lui Stoller, înseamnă *„convingerea unui subiect normal din punct de vedere biologic că aparține celuilalt sex"*. Acest transsexualism este practic specific băiatului. Se poate spune că aici identitatea de sex este perturbată (refuzul sexului biologic), în vreme ce identitatea de gen este profund ancorată (subiecții identificându-se total cu genul sexului opus). Pedopsihiatrul este în mod excepțional confruntat cu această problemă deoarece transsexualul nu consultă în perioada de copilărie, ci vine în consultație numai la vârstă adultă, în general pentru a obține o transformare a sexului conformă cu identitatea sa de gen. În opinia lui Stoller, relația mamei cu viitorul transsexual este marcată *„de o simbioză prea gratificantă"*: cu cât o mamă prelungește mai mult această simbioză, cu atât este mai obligată în fiecare moment să gratifice copilul, și cu atât mai mult feminitatea riscă să infiltreze nucleul identității de gen. Este ușor de conceput că într-o astfel de optică solicitarea unei consultații de către mamă pentru copilul

său este excepțională! Complicitatea dintre mamă și băiat în cazul transsexualului masculin este, în opinia lui Stoller, foarte strânsă: mama alăptează mai mult timp copilul, stabilește un contact cutanat direct cu el, îl îmbracă în haine de fetiță. Tatăl este absent sau contează prea puțin. Mult mai rar, există și transsexualismul feminin.

Evoluția pe termen lung rămâne dominată de cererea de schimbare a sexului și vicisitudinile sale, dar această problemă depășește cu mult cadrul acestei lucrări.

4.4. — PROBLEMA PERVERSITĂȚII ȘI A PERVERSIUNILOR

Este important să distingem conduita perversă (perversiunea) și structura perversă (perversitatea). Perversiunile sunt în mod tipic niște conduite sexuale deviante în care partenerul nu este utilizat decât ca obiect pentru a obține satisfacția sexuală. În schimb, perversitatea este o structură mentală ai cărei determinanți sunt, în funcție de autori, fie constituționali (poziția psihiatrică tradițională), fie psihogenetici (negarea sexului feminin). Însăși natura copilului, imaturitatea sa sexuală unde genitalitatea și sexualitatea trebuie deosebite, i-au condus pe anumiți autori, primul fiind Freud, să evoce „perversitatea" copilului. Întreg acest capitol a arătat că alegerea obiectului sexual este prin definiție fluctuantă și nu dovedește în mod necesar o organizare perversă ulterioară.

Mai importantă și mai actuală ni se pare a fi în acest context problematica agresivității, legată sau nu de sexualitate. Perversitatea este atunci asimilată unui comportament sadomasochist prevalent. Este vorba totuși de un concept cu utilizare ambiguă, din moment ce sub același termen sunt înglobate teorii constituționale sau poziții psihopatologice. Foarte schematic, organizarea pulsională a copilului așa-zis pervers vădește o invadare a pulsiunii libidinale de către pulsiunea agresivă: este procurată plăcerea de a mușca, a ataca, a distruge, dar și a murdări, a denatura...

Dacă manevrarea agresivității reprezintă o fază importantă a educației copilului, în mod obișnuit se observă începând din faza de socializare (7-8 ani) o degajare progresivă a acestor două pulsiuni. La anumiți copii, plăcerea, sau chiar satisfacția, nu poate fi obținută decât într-un climat distructiv (sadism) sau de suferință (masochism). Am prezentat mai în detaliu aceste aspecte în capitolul precedent.

4.5. — SEXUALITATEA VENALĂ A COPILULUI

Fie că este vorba despre prostituție sau homosexualitate venală, existența unei sexualități venale la un(o) adolescent(ă) sau chiar preadolescent(ă), implică adesea la origine existența unei serii de factori care se întăresc reciproc. Determinanții sociologici par preponderenți (sărăcie economică și culturală, familie disociată, alcoolism etc.), în special dacă această sexualitate este „organizată" în mod particular și este exercitată sub „constrângerea–protecția" adulților.

În antecedentele acestor preadolescenți, nu rareori se regăsesc situații de abuz sexual, în special relații incestuoase.

În unele cazuri, un profil mai patologic caracterizează individul, mai ales atunci când se observă comportamente de tip psihopat. Sexualitatea venală poate să reprezinte uneori la toxicoman sursa unor câștiguri financiare necesare cumpărării de droguri (tipul de delincvență din necesitate: vezi psihopatologia adolescentului).

În fine, trecerea la act sexual se integrează uneori unor perturbări mai profunde ale personalității, așa cum se observă în anumite cazuri de bufeu delirant sau de psihoză a adolescentului, în special la fată când tematica delirantă este centrată în jurul maternității. Totodată, în aceste cazuri este vorba mai mult despre o sexualitate haotică și intempestivă decât de o sexualitate venală.

BIBLIOGRAFIE

BETTSCHART W., HENNY R., BOLOGNINI M.: La surreprésentation des garçons par rapport aux filles dans les consultations de psychiatrie d'enfants. *Psych. enf.*, 1978, 21 (1), 297-304.

CASADEBAIG F., CHEVALIER A., DIATKINE R., GABEL M., LEIBOVICI S.: L'étude du paramètre sexe dans les cas suivis en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. *Psych. enf.*, 1978, 21 (1), 237-295.

CHILAND C.: Enfance et transsexualisme. *Psych. enf.*, 1988, 31 (2), 313-373.

DAYMAS S.: Le transsexuel et le psychanalyste. *In: Corps et langage en psychanalyse.* Presses Universitaires, Lyon, 1980, 73-82.

FREUD S.: *La vie sexuelle.*. PUF, Paris, 1970.

FREUD S.: *Névrose, Psychose et perversion.* PUF, Paris, 1973.

HUBBLE D.: *Paediatric endocrinology.* Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1969.

JONGEN E. & coll: Etude comparative des données cliniques des cohortes de trois services de psychiatrie de l'enfant. *Psych. enf.*, 1973, 16 (2), 515-564.

KREISLER L.: Les intersexuels avec ambiguïté genitale. *Psych. enf.*, 1970, 13 (1), 5-127.

KREISLER L.: L'identité sexuelle. *Psych. enf.*, 1970, 13 (1), 307-326.

KREISLER L.: L'enfant et l'adolescent de sexe ambigu ou l'envers du mythe. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 7, 117-133. Gallimard, Paris, 1973.

LEBOVICI S., KREISLER L.: L'homosexualité chez l'enfant et l'adolescent. *Psych. enf.*, 1965, 8 (1), 57-134.

MICHAUX L.: *L'enfant pervers*. PUF, Paris, 1952.

PINSKY L., DUCHARME J.R., COLLU R.: Les ambiguïtés sexuelles. EMC, Paris, 1978, *Pédiatrie* 4107 B 50.

STOLLER R.: Faits et hypotèses: un examen du concept freudien de bisexualité. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 7, 117-133, Gallimard, Paris, 1973.

STOLLER R.: *Recherche sur l'identité sexuelle*. Gallimard, Paris, 1978.

STOLLER R.J.: *L'imagination érotique telle qu'on l'observe*. Trad. Chiland C. et Noizet Y., PUF, Paris, 1989, I vol.

STOLLER R.J.: *Masculin ou féminin?* Trad. Chiland C. et Noizet Y. PUF, Paris, 1989, 1 vol.

SULLEROT E. (sous direction de): *Le fait féminin*. Fayard, Paris, 1978, 1 vol.

PARTEA A TREIA

MARILE CATEGORII NOSOGRAFICE

14 DEFECTOLOGIE

În acest capitol sunt reunite aspecte patologice destul de disparate, al căror singur punct comun este existența unui deficit, indiferent de natura sa (senzorială, motorie, mintală). În toate cazurile acest deficit care se repercutează profund asupra procesului normal de maturizare a copilului, antrenează modificări importante ale dinamicii familiale (centrate în jurul acceptării sau refuzului handicapului), provoacă secundar dificultăți în elaborarea imaginii de sine a fiecărui copil, se complică astfel cu „tulburări reacționale“ care, prin intensitatea lor, pot fi în primul plan. Analiza riguroasă a acestor diverse niveluri este indispensabilă înaintea atribuirii globale a ansamblului de manifestări constatate unei singure etiologii punctuale.

În plan epidemiologic, frecvența unui handicap sever în populația generală este de 14 la 1000 (Sabreux și colab.). În totalitatea copiilor handicapați repartiția este următoarea:

- deficiență mintală profundă și severă: 21%;
- afecțiune motorie: 19%;
- comițialitate: 18%;
- tulburări senzoriale: 17%;
    - dintre care ambliopii: 4,6 %,
    - cecități: 2,4%,
    - hipoacuzii: 4,8%,
    - surdități: 5,5%.

În analiza factorială a acestor copii un element este constant: frecvența polihandicapaților (42% dintre copiii sever handicapați suferă de un polihandicap: deficiență mintală severă, infirmitate motorie cerebrală, comițialitate, tulburări de comportament...). Această constatare pune importante probleme de igienă mintală, deoarece majoritatea instituțiilor acceptă cu reticență acești copii polihandicapați. Aceleași anchete epidemiologice (Duplant și colab., Zafiropoulos și colab.,) arată importanța primei orientări : majoritatea copiilor rămân în „filiera de plecare“ (82,5%), rari fiind cei pentru care este luată în considerare o reorientare. Alegerea acestei filiere depinde în mod sigur de natura handicapului(rilor), dar este în mod egal corelată cu nivelul socio-economic al familiei.

1. — DEFICIENȚA SENZORIALĂ

Existența unui deficit senzorial privează copilul de o sursă de informații care îi permite în mod normal să descopere lumea într-o interacțiune circulară mult timp repetată înainte de a fi stăpânită și apoi interiorizată în psihismul său. Absența răspunsului vizual sau auditiv obișnuit implică invalidarea unui întreg canal de comunicare. Problema constă în faptul că, deși inițial copilul nu se simte handicapat, anturajul său, care are adesea dificultăți mari de comunicare fără utilizarea acelui canal inexistent, riscă atunci să trăiască pe cont proriu un sentiment de handicap și să protejeze acest sentiment în trăirea copilului. Un copil deficient senzorial nu este un „copil normal fără văz sau auz", ci este un altfel de copil. Non-acceptarea sau non-recunoașterea acestei alterități poate conduce la distorsiuni grave în diferite etape de maturizare. Astfel, deficitul senzorial pune o dublă problemă: pe de o parte, diferența fundamentală în echipamentul genetic inițial care modifică anumite axe de dezvoltare (în special organizarea temporo-spațială), pe de altă parte, o interacțiune cu anturajul care se poate organiza în jurul unui deficit trăit atât de copil, cât și de părinții săi, ca o suferință intolerabilă. Frecvența tulburărilor psihopatologice asociate deficitelor senzoriale își găsește aici explicația.

Este de la sine înțeles că dificultățile vor fi cu atât mai importante cu cât deficitul este mai masiv, congenital sau foarte precoce. În deficitele secundare, dificultățile instrumentale vor fi mai puțin importante, dar problema suferinței sau a pierderii este de primă importanță.

1.1. — SURDITATEA

Definiție – Generalități

„Copilul hipoacuzic este cel al cărui acuitate auditivă este insuficientă pentru a-i permite să învețe propria limbă, să participe la activitățile normale pentru vârsta lui, să urmeze în mod profitabil învățământul școlar general" (definiție OMS). Surditatea se definește în funcție de profunzimea, natura sau etiologia sa.

Clasificare în funcție de profunzime

Această clasificare este stabilită în zona de conversie dintre 500 și 2000 cicli/secundă, pentru urechea cea mai bună:
– **surditate totală sau cofoză:** deficit la mai mult de 85 decibeli;
– **semisurditate profundă:** deficit la 60-85 decibeli;

– **semisurditate ușoară:** deficit la 40-60 decibeli: achiziția limbajului este posibilă, dar articularea și vocea sunt defectuoase;
– **auz slab:** deficit la mai puțin de 40 decibeli: limbajul se dezvoltă. Există uneori tulburări de articulare.

După repartiția deficitului în funcție de frecvență, se disting de asemenea:
– curbele în pantă, unde deficitul este mai important pentru sunetele ascuțite;
– curbele orizontale, unde deficitul este identic indiferent de frecvență;
– curbele în U, unde deficitul există într-o bandă de frecvență atingând sau nu zona conversațională.

Clasificare după tipul anatomo-fiziologic

— Surdități de transmisie. — Acestea sunt cele mai frecvente; conducerea osoasă este normală, percepția cuvântului nu este prea perturbată.

— Surdități de recepție. — Recepția cuvântului este foarte deformată, dificultățile de învățare fonetică sunt considerabile. Ele sunt izolate sau asociate cu cele precedente.

— Tulburări de identificare. — Obișnuite în surditățile de recepție, pot totuși să existe separat: tulburări de integrare auditivă sau de simbolizare de origine centrală.

Clasificare în funcție de etiologie

— Originea genetică (50%). — Congenitală sau degenerativă.

— Origine prenatală. — Embriopatie (exemplu: rubeolă) sau fetopatie.

— Origine neonatală. — Prematuritate, suferință perinatală (20%).

— Dobândită în cursul copilăriei. — Cauze infecțioase (meningite), toxice (streptomicină), traumatice (fractură de stâncă).

Rămâne un procent important de surdități de **cauză necunoscută,** în jur de 36%.

Problema pusă de copilul surd este în mare parte condiționată de achiziționarea sau nu a limbajului vorbit și scris. Cu cât surditatea este mai profundă, cu atât mutitatea este sigură. Surditatea totală privează copilul de toată informația acustică și în consecință face fără valoare întreaga emisie sonoră: astfel se observă că gânguritul din primele 2-3 luni dispare complet spre 5-6 luni. Această privare senzorială dă seama de deviațiile procesului de maturizare, deviații întărite de frecventa inadecvare dintre modul privilegiat de interacțiune a copilului surd și răspunsul anturajului. Momentul apariției surdității trebuie de asemenea să fie luat în considerare: la naștere sau înaintea apariției limbajului sau, dimpotrivă,

după apariţia limbajului (problema fiind atunci conservarea a ceea ce a fost deja achiziţionat pe acest plan).

Principalele tehnici de explorare a auzului au fost studiate în capitolul 3, 2.2.

Dificultăţi psihologice ale copilului surd

Dezvoltarea cognitivă

Evident trebuie să ţinem cont de profunzimea surdităţii şi mai ales de repercusiunile sale asupra limbajului. Absenţa limbajului a fost mult timp considerată un obstacol esenţial în dezvoltarea intelectuală satisfăcătoare a copilului surd. Totuşi evaluarea capacităţilor intelectuale prin teste nonverbale sau prin teste special concepute arată dezvoltarea unei inteligenţe practic apropiată de cea normală la copiii surdo-muţi, în măsura în care ei sunt corect stimulaţi. Totodată persistă frecvent un decalaj în domeniul abstractizării şi a gândirii formale.

Astfel, copiii surzi au în medie un retard de doi până la cinci ani în achiziţiile lor în raport cu cei care aud, decalajele cele mai importante situându-se la probelele care necesită gândire abstractă. Pentru Oléron, copilul surd se menţine adesea la un nivel perceptual fără a atinge nivelui conceptual. Capacităţile de orientare temporo-spaţială (Bideaud, Colin şi colab.) par deficitare: construirea relaţiilor spaţiale, punerea în relaţie a perspectivelor arată o întârziere de doi până la trei ani în raport cu cei care aud, cât şi persistenţa unei strategii în care stadiul imitaţiei gestuale este dificil depăşit.

Totuşi rezultatele sunt departe de a fi omogene. Unele lucrări (Furth şi Youniss, citaţi de Bouton) găsesc la copiii surzi o inteligenţă operaţională egală dacă nu superioară celor care aud. Comparaţia cu cei care aud, proveniţi din medii defavorizate în planul limbajului (carenţe culturale, sociale) duc la ideea că retardul s-ar fi datorat mai de grabă unei deficienţe generale a experienţei decât unei lipse specifice de limbaj (Bouton). În sfârşit, se observă adesea o egalizare a performanţelor cu vârsta: astfel memoria vizulală a copiilor mici surzi este inferioară faţă de cei care aud, dar diferenţa nu mai există începând de la 15-16 ani (Rozanova, citat de P. Aimard).

Dezvoltarea afectivă

La fel ca în cazul dezvoltării cognitive, profunzimea surdităţii condiţionează dificultăţile relaţionale. Incapacitatea utilizării comunicării verbale dă seama de anumite comportamente frecvente: copilul surd este zgomotos, puţin disciplinat, cu o emotivitate foarte labilă. Se poate descrie ca încăpăţânat, îndărătnic, suportând cu greu frustrarea, coleros. Jocurile lui sunt solitare, cu o repliere pe sine însuşi uneori importantă (Aimard). În plan relaţional se descrie un

comportament egocentric, o dificultate de a înţelege şi de a resimţi sentimentele celuilalt (Altshuler). Sentimentele de insecuritate sunt frecvente, putând să meargă până la o trăire clar persecutorie.

Când copilul surd este demutizat, limbajul său, ca şi înţelegerea limbajului celorlalţi, rămân totuşi particulare: ignorarea inflexiunilor vocii, dificultatea de a sesiza jocurile de cuvinte sau expresiile paradoxale (de exemplu copilul care se murdăreşte şi căruia mama îi spune „vai, ce curat eşti!"), limbaj rigid, conformist şi puţin nuanţat etc.

Toate aceste caracteristici ţin de profunda perturbare a celor mai comune canale de comunicare şi sunt cu atât mai importante cu cât anturajul nu se adaptează la copilul surd. Astfel s-a constatat că copiii surzi născuţi de părinţi surzi (Pintmer şi colab.) sunt mai bine adaptaţi afectiv şi social; de asemenea, în unele regiuni unde surditatea ereditară este frecventă (Repond), copiii surzi sunt mai bine integraţi.

Aceasta pune în evidenţă rolul părinţilor copilului surd. Reacţiile de ruşine sau de culpabilitate, de respingere sau de supraprotecţie trebuie să fie depăşite înainte ca o veritabilă „educaţie" a părinţilor să poată fi făcută: în mod sigur menţinerea limbajului (riscul este ca părinţii să fie ei înşişi muţi cu copilul lor surd), dar şi întărirea contactului uman („dialogul tonic"), importanţa comunicării prin privire şi gest la copilul mic. Informarea părinţilor, colaborarea lor strânsă sunt factori necesari şi indispensabili în momentul demutizării.

Psihopatologia copilului surd

Vom aborda aici dificultăţile care se adaugă trăsăturilor evocate în paragraful precedent. În plan statistic, frecvenţa patologiei psihiatrice în populaţia de copii surzi este diferit apreciată (între 6 şi 15%), dar pare superioară celei observate într-o populaţie de copii care aud. Nu există o relaţie directă între profunzimea deficitului auditiv şi existenţa tulburărilor psihiatrice, dimpotrivă Williams găseşte tulburări psihiatrice mai frecvente în cazul pierderii moderate a auzului. Cu toate că au naturi foarte diferite, dificultăţile psihopatologice par să se manifeste mai ales în următoarele asocieri:

- surditate şi înapoiere mintală;
- surditate şi tulburări de comportament;
- surditate şi autism infantil.

— Surditate şi înapoiere mintală. — Într-un număr important de cazuri, surditatea se înscrie în cadrul unei boli ereditare, cu afectarea SNC (morfodisplazii diverse, boli metabolice, afecţiune degenerativă) sau unei patologii multifocale (rubeolă congenitală, prematuritate, incompatibilitate Rhesus etc).

Înapoierea mintală şi surditatea îşi întăresc reciproc efectele lor dismaturative.

— Surditate și tulburări de comporatment. — Am semnalat frecvența conduitelor impulsive, coleroase, de opoziție. Aceste conduite pot să atingă o asemenea intensitate încât să se înscrie în cadrul unei organizări psihopatice: reacții antisociale, violență caracteristică, deviații sexuale care, după Altshuler și Rainer, ar fi destul de frecvente.

— Surditate și autism. — Numeroși autori semnalează frecvența acestei asociații. Este necesar aici să distingem trăsăturile comportamentale de alură psihotică (reacții de retragere și de izolare) de psihoza propriu-zisă ca structură mentală. Numeroși copii surzi prezintă astfel de reacții înainte de orice demutizare și de protezare auditivă. Un comportament în aparență indiferent față de celălalt, o utilizare a celuilalt ca simplă prelungire de sine (de exemplu, se servește de mâna celuilalt ca de un obiect) pot evoca o psihoză.

În realitate, apetența de contact, adaptarea rapid satisfăcătoare la protezare, evoluția contactului atunci când copilul descoperă lumea sonoră, arată că aceste reacții reprezintă conduite adaptative în fața privării senzoriale. Cu toate acestea, asocierea autismului infantil cu surditatea nu este excepțională: refuzul permanent al contactului, importanța stereotipiilor, incapacitatea sau chiar refuzul de a se adapta la protezare și de a accepta o comunicare prin limbaj trebuie să ne pună rapid în alertă. Abordarea terapeutică este dificilă pentru că pacientul autist utilizează frecvent deficitul său senzorial ca modalitate suplimentară de izolare, de refuz al contactului. Aceste dificultăți implică necesitatea unor instituțiii specializate pentru copiii multihandicapați. În Franța există câteva de acest fel.

1.2. — CECITATEA

Definiție – Generalități

Se consideră orb un copil a cărui acuitate vizuală este mai mică de 1/20e (USA: 1/10e). Ambliopia corespunde unei acuități vizuale mai mică de 3/10e.

În plan pedagogic, copilul orb este acela care scrie în mod necesar în braille și nu în „negru“ (nume dat scrierii pentru văzători). Aceste definiții se grupează global. Astfel definite, cecitatea și ambliopia profundă afectează în medie în Franța, 3000 tineri de mai puțin de 21 ani.

În realitate, aceste definiții ale cecității sunt prea limitative, ele nu țin în nici un fel cont de câmpul vizual, nici de vederea periferică (luată în considerare în Statele Unite). Există nenumărate stări intermediare între cecitatea completă și vederea normală; aceste resturi vizuale condiționează în mare parte evoluția afectivă a fiecărui copil. Momentul apariției cecității joacă de asemenea un rol considerabil. Dezvoltarea copilului va fi foarte diferită dacă el a primit deja

informații vizuale. Nu putem să ne oprim aici asupra tuturor acestor diverse considerații, recomandând în acest caz lectura revistelor de specialitate.

Orientarea pedagogică a copiilor orbi este reglementată, din 1975, prin legea despre orientarea copiilor handicapați (v. cap. 26, 3.3.). Părinții copilului orb pot să primească conform acesteia o alocație de educație specializată.

Absența unuia dintre principalele canale de aferență senzorială privează copilul orb de una din sursele considerabile de informații și de interacțiuni cu anturajul: acroșarea privirii încă din primele zile, recunoașterea figurii familiare, stadiul oglinzii etc., sunt tot atâtea etape fundamentale de maturație în care complexul privire–percepție vizuală intervine în primul rând. Această privare de aferență vizuală dă seama de dezvoltarea specifică a copilului orb, care nu trebuie să fie considerat ca un copil normal fără vedere, ci mai bine ca un altfel de copil. Astfel, de exemplu, motricitatea copilului mic este considerabil influențată de stimularea vizuală: *„Motricitatea este automotricitate la început. Ea este ulterior motivată în mod special de stimulii vizuali exteriori, iar faptul de a sta așezat și mersul permit explorarea spațiului. Acești stimuli sunt inexistenți la orbi, nevoile lor fiind de altfel satisfăcute de celălalt“.* Studiul bebelușului arată că privirea sa este acroșată de mână sau de obiectul pe care îl ține când acestea trec prin câmpul său vizual; acest acroșaj reprezintă primul timp al reacției circulare primare. În aceste condiții se înțelege cât de profund poate modifica dezaferentarea senzorială procesul maturativ normal.

Dificultățile psihologice ale copilului orb

Dezvoltarea psihomotorie

În primele luni de viață, copiii orbi sunt descriși ca bebeluși calmi, pasivi. Se observă puține activități spontane ale membrelor superioare, care, în absența stimulării, rămân mult timp în poziție neonatală (semiflectate, cu mâinile la înălțimea umerilor), în timp ce motricitatea membrelor inferioare este adesea mai bogată (Burlingham). Apucarea voluntară a obiectelor se face mult mai târziu, iar noțiunea de permanență a obiectului este achiziționată abia după primul an și rămâne mult timp fragilă.

Se observă frecvent un retard al dezvoltării posturale. Mersul este dobândit tardiv (între 2 și 3 ani) și riscă să devină un factor de dependență suplimentară față de anturaj („fii atent“) dacă nu este ajutat. Acest lucru dă seama de posibila dezinvestire a unor funcții (manipularea obiectului, îmbrăcat, mers) care nu sunt întărite prin răspuns vizual.

Dezvoltarea cognitivă

În afara oricărei afectări specifice legate de o anumită etiologie, dezvoltarea

intelectuală a copilului orb prezintă un anumit retard în raport cu văzătorii, activitatea exploratorie neputând să înlocuiască singură ansamblul de informații furnizate de asocierea manipulării cu vederea. Testele de explorare tactilă, testele de tip spațial (Hatwell, Menaker) pun în evidență un retard constant. Totuşi acest retard tinde să se estompeze cu vârsta. Eficiența intelectuală a copiilor orbi prezintă o distribuție sensibil normală, identică cu cea din populația de văzători, dacă se exclud deficiențele intelectuale datorate unui factor particular, evident suprareprezentate în populația de copii orbi (encefalopatie prenatală sau neonatală).

Limbajul copilului orb prezintă de asemenea o evoluție specifică. După o apariție în condiții obişnuite, limbajul prezintă o stagnare, observându-se o veritabilă regresie în timpul celui de-al doilea an: bagajul verbal creşte puțin sau chiar diminuă. Începând cu al treilea an, limbajul progresează, dar poate fi utilizat de copil fie ca o autostimulare, fie ca o tentativă repetată de a obține mai bine obiectul. Aceste motivații ar fi la originea **verbalismului** atât de frecvent întâlnit la copilul orb: îndelungă vorbărie solitară, repetiții de cuvinte sau de fraze al căror sens nu este întotdeauna înțeles.

Dezvoltarea afectivă

S-au descris un număr de trăsături care ar fi mai frecvent întâlnite la copilul orb: importanța anxietății, refuzul competiției, lipsa agresivității, sensibilitatea la frustrare. Totuşi este important de semnalat aici rolul considerabil pe care îl joacă mediul, deoarece cecitatea, mai mult decât oricare alt deficit, îl face pe copil dependent de acest mediu. Reacțiile familiei la cecitatea copilului sunt întotdeauna vii şi intense, mergând de la abandonul afectiv până la hiperprotecție, trecând prin toate combinațiile intermediare. Pentru Max Field *„copilul orb este atât de dependent față de anturaj, încât cea mai mare parte a posibilităților sale de acțiune la un moment dat este o reflexie a eficienței anturajului său"*. După o perioadă de resentiment, mamele traversează frecvent, când copilul are 2 sau 3 ani, o stare depresivă datorată fie culpabilității induse de afectele lor agresive, fie unui sentiment de incompetență. Relația mamă–copil orb riscă să se organizeze în jurul supraprotecției făcută necesară de existența deficitului căci *„puține mame pot să înțeleagă că în realitate copilul nu trăieşte un deficit, ci o stare «altfel» decât a copilului care vede"* (Lairy). Anturajul şi mai ales mama trebuie în mod necesar să fie ajutați. Totuşi, după Lairy şi colab., pare important să se nuanțeze aserțiunea foarte generală conform căreia atitudinea inadecvată a mediului ar fi responsabilă de inadaptarea la cecitate: absența vederii face foarte dificilă educarea copilului şi justifică toate eforturile de ghidare.

Abordare psihopatologică

Anumite conduite se regăsesc frecvent la copilul orb, dar par să se înscrie într-un registru psihopatologic particular.

— La nivelul organizării motorii, s-au descris frecvente FOBII DE ATINGERE: copilul care retrage mâna sau o redeschide imediat ce s-a închis pe un obiect (Lairy). Acest lucru se leagă de constatarea unui dezinteres frecvent față de manipularea manuală în copilăria mică, în timp ce membrele inferioare sunt utilizate activ. Mai mult, copilul supraprotejat resimte anxitatea mediului față de tentativele sale de explorare tactilă sau, şi mai mult, frecventa dezaprobare pe care o suscită acest tip de explorare.

— „BLINDISMELE" reprezintă mişcări particulare ale orbilor: gesturi automate, repetitive, ritmice (balansarea capului, a trunchiului, a membrelor, săritul de pe un picior pe celălalt, degetul în ochi...). Mai frecvente când copilul este singur sau se izolează, se atenuează sau dispar după o activitate fizică. Au fost interpretate ca mişcări de autostimulare. Există nenumărate variante intermediare între mişcările intermitente analoage unor obiceiuri motorii ale văzătorilor şi „blindismele", veritabile stereotipii traducând retragerea autistă.

— PSIHOZA precoce ar fi după unii mai frecventă la copilul orb decât la copilul surd (Freedman). Importanța stereotipiilor este de remarcat. Polihandicapul face foarte dificilă abordarea terapeutică.

2. — ENCEFALOPATIILE INFANTILE CU RETARD MINTAL

Retardul mintal atinge aproximativ 1 până la 3% din populație. Dacă în numeroase cazuri nu se poate găsi nici o etiologie precisă, mai ales când retardul este uşor, cu cât acesta este mai grav, cu atât probabilitatea de a găsi o etiologie identificabilă este mai mare. Practic, toate encefalopatiile sunt însoțite de un retard mintal. Lista de etiologii identificabile cuprinde mai mult de 350 de cauze (Luckasson, 1992) şi mai mult de 500 de etiologii genetice au fost identificate ca ducând la un deficit intelectual izolat (Harris,1995). De exemplu, au fost identificate 95 de sindroame de retard mintal legate de cromozomul X (sindromul X fragil reprezintă 40% dintre aceste sindroame legate de cromozomul X).

Trisomia 21, sindromul de cromozom X fragil şi fetopatia alcoolică reprezintă 30% din cauzele identificate ale retardului mintal.

Totuşi relaţiile între o encefalopatie de etiologie determinată şi organizarea psihopatologică pe care o prezintă un anume copil sunt departe de a fi simple. Mult timp limitată doar la deficit, abordarea psihopatologică a copiilor profund encefalopaţi nu mai poate ignora astăzi ponderea diferiţilor factori (mediu, familie, instituţie, istorie individuală) care vin să moduleze expresia clinică a acestei encefalopatii.

Dificultatea de abordare oscilează întotdeauna între doi poli opuşi: pe de o parte, a considera că ansamblul comportamentelor observate nu poate fi decât consecinţa defectului de echipament neurofiziologic, ceea ce conduce la a considera copilul encefalopat din punctul de vedere al unui singur deficit, pe de altă parte, a considera că doar trăirea individuală, relaţia deosebită cu mama, pot fi singure responsabile de starea prezentă a copilului, ceea ce duce la negarea sau ignorarea totală a oricărui alt factor etiologic în afara celui existenţial. În capitolul consacrat psihopatologiei funcţiilor cognitive (v. cap. 8), am încercat să arătăm natura demersului clinic: după evaluarea eficienţei intelectuale şi reperarea conduitelor patologice asociate (nivel semiologic), s-a stabilit să se înţeleagă cum se articulează între ele aceste conduite (analiză psihopatologică sincronică) sau de a le restitui procesului maturativ propriu al copilului (analiză psihopatologică diacronică); în sfârşit, pentru a încheia, este necesar să fie căutaţi factorii care au contribuit la această stare, fie că sunt externi sau interni (nivel etiologic). Primele două nivele fiind deja analizate, ca şi rolul factorilor de mediu (familiali, socio-economici printre alţii), nu prezentăm aici decât un tablou foarte pe scurt al principalelor etiologii organice responsabile de encefalopatiile infantile, nereţinând pentru fiecare dintre ele decât elementele distinctive. Ca exemplu, şi datorită frecvenţei sale, facem o excepţie pentru copilul mongoloid.

2.1. — TRISOMIA 21

Trisomia 21 sau mongolismul sau sindromul Down (Statele Unite) este cea mai frecventă dintre aberaţiile cromozomiale autozomale.

Deşi tabloul clinic a fost cunoscut încă de la mijlocul secolului al XIX-lea (Seguin 1846), abia în 1959 a fost legat de către Turpin, Lejeun şi Gauthier de o anomalie cromozomială: cromozomul 21 suplimentar (45 XY). În 95% din cazuri este vorba de un cromozom liber, în 3% din cazuri este vorba de o translocaţie şi în 2% din cazuri de un mozaic. În prezent se ştie că doar o parte din materialul genetic în exces este responsabil de boală, fapt dovedit la copiii care nu prezintă decât o duplicare a unei porţiuni din cromozomul 21. Partea incriminată s-ar situa în zona proximală a braţului 21q22.3 a cromozomului 21.

Frecvenţa apariţiei este de aproximativ 1 la 700 de naşteri. Singurul factor etiologic sigur este vârsta mamei: înainte de 30 de ani, riscul este de 1 la 3000, între 35 şi 39 de ani, 4 la 1000, după 45 de ani, 1 la 50 de naşteri. Pentru toate femeile cu risc (femei în vârstă, existenţa trisomiei în familie, constatarea unei translocaţii echilibrate), amniocenteza permite în prezent un diagnostic prenatal în cursul celui de-al doilea trimestru de sarcină, cu posibilitatea întreruperii acesteia. Într-o populaţie de copii handicapaţi, frecvenţa mongolismului este de aproximativ 19% dintre cei cu QI mai mic sau egal cu 65.

Nu descriem tabloul clinic, dar având în vedere frecvenţa, prezentăm trăsăturile comportamentale cele mai frecvent întâlnite la copiii cu trisomie. Precizăm de la început că nu există un mongoloid-tip, dar fiecare copil rămâne, indiferent de patologia sa somatică, produsul dintre conjugarea unui echipament neurofiziologic de bază şi o trăire specifică, putându-se modula până aproape la infinit acest echipament de bază. Această interacţiune constantă dă seama de diversitatea individuală, observându-se astfel copii profund deficitari, alţii al căror comportament se apropie de organizarea psihotică, în sfârşit, alţii care se comportă ca „debili armonioşi“ şi agreabili, cu un deficit moderat. Trăsăturile pe care le-am descris constituie fondul pe care istoria individuală îl va colora divers.

Dezvoltarea psihomotorie

Este în mod global încetinită, achiziţiile fiind împiedicate de hipotonia şi hiperlaxitatea ligamentară întotdeauna prezente. În copilăria mică, aceştia sunt sugari calmi, liniştiţi, plâng puţin, le place să se alinte, dorm mult, silenţioşi în timpul zilei, capabili să rămână ore îndelungi inactivi, fără să ceară ceva: pasivitatea, lentoarea şi inerţia domină tabloul, dar cererea afectivă face ca sugarii să fie foarte gratificanţi pentru mamele lor. Acestea pot să aibă o reală plăcere cu aceşti copii deosebit de facili. Mersul este dobândit între 2 şi 3 ani. Vorbirea apare spre 4-5 ani, se dezvoltă destul de rapid, dar ajunge repede la un palier. Tulburările de articulare, bâlbâiala sunt destul de frecvente. Această perioadă de „maternaj fericit“ pare să fie la originea obişnuitei cereri afective a mongoloidului: plăcere în relaţia duală, cerere regresivă, în special nevoie de gratificare orală.

Începând cu 6-7 ani, **instabilitatea** se face din ce în ce mai mult remarcată, fie ea motorie (nu stă într-un loc, trece de la o activitate la alta, face grimase), intelectuală (activitate schimbătoare, capacitate de atenţie scăzută) sau afectivă (schimbări bruşte de dispoziţie). Această instabilitate contrastează efectiv cu perioada de pasivitate precedentă. Ea este adesea la originea dificultăţilor de inserţie în grup a copiilor şi confruntă familia cu handicapul care până atunci a putut fi negat sau ignorat.

Dezvoltarea cognitivă

Retardul intelectual este constant, dar de profunzime variabilă. Pe o populaţie importantă (Moor), curba QI-urilor pare să prezinte o repartiţie gaussiană analogă celei din populaţia generală, dar cu un decalaj de aproximativ 50-60 de procente. S-au observat mongoloizi „dotaţi" cu QI de 70 şi alţii cu QI mai mic de 20. Media se situează în jurul valorii de 40-45. Rezultatele sunt în general omogene, cu o uşoară dispersie a rezultatelor, atât în scalele verbale cât şi în cele de performanţă (WISC).

Achiziţiile pedagogice sunt importante, dar rămân reduse: acces la rudimente de lectură, schiţe de operaţii matematice simple (adunare). Acest nivel este rar depăşit, stadiul operaţiilor logice nu este în general atins. Aceste elemente sunt importante căci ele situează cadrul evolutiv al copilului mongoloid: învăţarea este sigur posibilă dar va rămâne limitată. Aceştia sunt copii deosebit de sensibili la condiţionare, mai ales când aceasta este întărită printr-o gratificare (afectivă, alimentară sau de alt fel): o asemenea condiţionare poate permite obţinerea unor „performanţe" pedagogice uimitoare, dar care pentru copil nu sunt nici semnificative, nici utile şi care necesită o reîntărire perpetuă, adesea cu preţul echilibrului afectiv.

Dezvoltarea afectivă

Începând de la 6-7 ani, după copilăria mică, comportamentul se schimbă, după cum am văzut. Totuşi, copilul mongoloid rămâne cel mai frecvent un copil vesel, puţin „clovn", imitându-i pe ceilalţi, având nevoie de contacte fizice, sociabil, iubind jocurile cărora le sesizează foarte rapid regulile. Este clasic de semnalat că le place muzica, dar par să reacţioneze mai ales la melodie şi la contactul matern regresiv care o însoţeşte. Este gurmand, obezitatea este frecventă. Este foarte sensibil la respingere şi devine în acest caz opoziţionist, încăpăţânat, supărăcios şi coleric. Cu vârsta, începând cu 12-13 ani, se pare că acest versant caracterial devine prevalent. Frustrarea devine dificil de acceptat şi suscită fie o mişcare regresivă către o cerere afectivă sau căutarea unei compensaţii orale, fie o reacţie coleroasă.

Conduitele care dovedesc mai direct perturbări psihopatologice sunt destul de rare: s-au semnalat comportamente obsesionale şi ritualizate, uneori dificil de distins de răspunsurile la condiţionarea stărilor de apragmatism, de mutism. Intensitatea instabilităţii, împrăştierea, intoleranţa extremă la frustrare cu manifestări secundare de retragere evocă adesea o organizare psihotică asociată. Aceasta pune problema stărilor deficitare sau a dizarmoniilor pe versantul psihotic.

2.2. — MARILE CATEGORII DE ENCEFALOPATII

Obiectivul acestui paragraf nu este de a da o descriere detaliată şi exhaustivă a diverselor encefalopatii pe care un pedopsihiatru, un psiholog şi colaboratorii lor (psihomotrician, ortofonist, asistent, educator etc.) pot să le întâlnească. Explorarea somatică, cercetarea unei etiologii necesită un demers foarte specializat (pediatru genetician, neuropediatru etc.). Este totuşi necesară cunoaşterea principalelor semne care trebuie să alerteze orice clinician şi să conducă la realizarea unui bilanţ etiologic în măsura în care progresul geneticii poate influenţa atitudinile practice (sfat genetic), chiar dacă astăzi tratamentele specifice rămân excepţionale.

Encefalopatii congenitale dobândite

Encefalopatiile congenitale se împart în encefalopatii de origine ereditară şi encefalopatii de origine dobândită (embriopatii la începutul sarcinii, ulterior fetopatii). Printre cele din urmă cităm:

– toxoplasmoza congenitală (embriopatie care duce adesea la avort, dar putând da naştere la un copil cu sindrom malformativ: hidrocefalie, microcefalie, crize convulsive, corioretinită);

– encefalopatie rubeolică (microcefalie, microftalmie şi cataractă, canal arterial);

– encefalopatii toxice, în special fetopatia alcoolică.

Descris de Rouquette (1957) apoi de Lemoine (1968), Chevrier (1988), sindromul alcoolismului fetal este unul dintre cele mai frecvente cauze identificate ale retardului mintal şi afectează între 0,1 şi 0,3% dintre copii la naştere (Minkowski, 1987). La naştere, copilul hipotrof prezintă un facies particular (frunte bombată, implantare joasă a părului, hipertelorism, epicantus, rădăcina nasului înfundată şi nări dilatate, buza superioară fină şi bărbia întoarsă) ale cărui caracteristici se atenuează cu vârsta. Alături de aceste trăsături particulare ale feţei, alte simptome sunt prezente, apar sau se amplifică cu creşterea. De remarcat:

– anomalii fizice inconstante (cardio-vasculare, la nivelul extremităţilor membrelor);

– retard staturo-ponderal;

– retard mintal uşor sau mediu (QI între 65 şi 80, cel mai frecvent);

– tulburări de comportament: instabilitate motorie şi atenţională.

Cu vârsta au fost descrise multiple simptome (anorexie, tulburări sfincteriene, întârziere a achiziţiilor şcolare etc.) a căror apariţie este sigur o consecinţă directă a fetopatiei alcoolice, a retardului mintal, în timp ce alte simptome par mai de grabă legate de contextul familial şi educaţional adesea deficitar (Chevrier, 1988).

Diagnosticul la nou-născut, dincolo de elementele citate, se pune pe certitudinea consumului de alcool de către mamă în timpul sarcinii (dozele periculoase fiind de 60 centilitri de vin sau echivalent pe zi: Rosenfeld, 1990).

Ulterior, la copilul mai mare, diagnosticul, adesea necunoscut, trebuie luat în considerare atunci când posibilitatea unui asemenea consum de alcool în timpul sarcinii a putut exista.

Encefalopatiile congenitale ereditare

În cadrul encefalopatiilor denumite ereditare, progresele constante au condus la identificarea din ce în ce mai frecventă a unei anomalii genetice caracteristice câte unui sindrom. Totuşi se impun unele remarci:

– cunoaşterea anomaliei genice nu implică totdeauna cunoaşterea mecanismului de manifestare a anomaliei;

– cunoaşterea anomaliei enzimatice legate de anomalia genică nu implică totdeauna o cunoaştere a modalităţilor de acţiune a acestui defect enzimatic;

– în pofida cunoaşterii anomaliei genice, cromozomiale, enzimatice, relaţia dintre aceste anomalii constatate şi fenotipul comportamental observat rămâne adesea misterioasă;

– unele anomalii genice apropiate, dacă nu chiar similare, pot să conducă la fenotipuri comportamentale foarte diferite (de exemplu : sindromul Willi-Prader şi sindromul Angelman).

Dacă identificarea unei anomalii cromozomiale sau genetice reprezintă un progres evident şi major, rămâne mult de făcut pentru a înţelege prin ce mecanism se exprimă această anomalie şi de ce natură sunt etapele care conduc de la nivelul genic-molecular la nivelul simptomatic-comportamental. Dacă pentru unii autori existenţa unei trăsături comportamentale specifice constituie un „fenotip comportamental" caracteristic unei etiologii genetice specifice şi unice, pentru mulţi alţi autori o trăsătură comportamentală particulară creşte doar probabilitatea de a regăsi o anomalie genetică (Dykens, 1995).

Având în vedere numeroasele studii actuale, problemele clinice şi teoretice puse, descriem pe scurt sindroamele X fragil, Angelman, Willi-Prader şi Williams-Beuren.

Sindromul X fragil

Practic toţi băieţii „X fragil" prezintă un retard mintal important, caracterizat prin dificultăţi ale memoriei de scurtă durată, coordonarea vizualo-motorie fină, înţelegerea proceselor secvenţiale, dificultăţi de atenţie. Subiecţii feminini „X fragil" sunt în general asimptomatici sau prezintă un retard mintal uşor sau de limită. Unii subiecţi prezintă tulburări de limbaj, o hiperactivitate, stereotipii, evocând un sindrom autist asociat. Totuşi, subiecţii „X fragil" nu au atitudinea de retragere şi de refuz al contactului.

Adolescenţa constituie adesea o treaptă în atingerea capacităţilor de dezvoltare şi adaptative de la care pentru unii subiecţi urmează o regresie.

Prevalenţa ar fi de 0,5-1 la 1000 în populaţia generală, iar printre subiecţii autişti s-ar regăsi 5% cu X fragil.

Anomalia genetică a fost identificată în 1969, apoi a fost reperat un locus (FMR-1) marcat printr-o fragilitate structurală (în Xq 27.3) a unei secvenţe de nucleotide prezentând o repetiţie anormală a secvenţei de trinucleotide citozină-guanină-guanină (CGG), care la subiecţii normali se poate repeta de 0 până la 50 de ori, la subiecţii cu „premutaţie" (asimptomatici) se repetă de 50 până la 200-500 de ori şi la subiecţii afectaţi (mutaţie completă) se repetă de mai mult de 3000 de ori. De la o generaţie la alta, se pare că anomalia poate trece de la „premutaţie" la „mutaţie completă" definind astfel un model de „mutaţie dinamică" care explică dificultăţile de analiză a transmiterii genetice după modelele clasice.

Acest tip de transmitere a servit drept model pentru alte patologii cu mutaţii dinamice (coreea Huntington, distrofia mioclonică etc.).

Sindromul Angelman

Descris de Angelman în 1965, acest sindrom afectează băieţii şi fetele şi asociază:

– debilitate mintală profundă cu absenţa limbajului;

– tulburări de comportament specifice, cu accese de râs frecvente şi un „comportament vesel" obişnuit. Simptome de alură autistă sunt frecvente: stereotipii, hiperactivitate...;

– tulburări ale comunicării non-verbale cu o incapacitate de a fixa atenţia.

Se observă de asemenea un sindrom dismorfic (microcefalie, brahicefalie, prognatism...) uneori discret, anomalii neurologice (ataxie, tulburări de tonus, epilepsie), oftalmologice (hipopigmentaţie, strabism, nistagmus...).

Diagnosticul suspectat uneori de la 12-18 luni, este pus cel mai frecvent cu întârziere. Prevalenţa clar scăzută este probabil subestimată.

Evoluţia este variabilă şi pare să depindă de aplicarea şi eficacitatea unor tratamente simptomatice (anticomiţiale). Stabilizări şi reprize lente de dezvoltare par posibile.

Anomalia genetică regăsită în 70-80% din cazuri afectează cromozomul 15 în regiunea 15q 11-13. Este vorba de cromozomul de origine maternă, contrar anomaliei genetice întâlnită în sindromul Willi-Prader (v. mai jos). Această regiune 15q11-13 conţine genele grupate în fenomenele „amprentei genomice" (fenomen care arată că o alelă nu este activă decât pe cromozomul patern sau pe cel

matern). Un alt mecanism numit „disomie uniparentală“ survine în 3-4% din cazuri, când cei doi cromozomi 15 sunt moşteniţi de la tată (acest mecanism este într-un anumit fel analog deleţiei).

Sindromul Willi-Prader

Acest sindrom se caracterizează prin hipotonie infantilă, hiperfagie cu căutare avidă a hranei, obezitate patologică şi un retard mintal uşor sau mediu. Unele tulburări de comportament (instabilitate emoţională, crize coleroase, anxietate, tulburări de dispoziţie, simptome obsesiv compulsive) se asociază uneori (State, 1997).

Anomalia genetică identificată este situată pe cromozomul 15: microdeleţie în 15q 11-13. Este vorba de cromozomul 15 de origine paternă (contrar sindromului Angelman: microdeleţie în 15q 11-19 pe cromozomul de origine maternă).

Studii recente par totuşi să arate că cele două regiuni critice din sindroamele Willi-Prader şi Angelman sunt distincte (Fischer, 1996).

Sindromul Williams

Acest sindrom rar (1 caz la 20 000) asociază un retard mintal, o stenoză supravalvulară aortică, un facies de „elf“, hipercalcemie infantilă şi o întârziere de creştere.

Sindromul este interesant în sensul particularităţilor retardului mintal. Există o distanţă între performanţele cognitive şi lingvistice: limbajul este bun atât în plan lexical cât şi sintactic, este chiar descris ca abundent, pseudomatur şi „monden“; în schimb se remarcă un deficit care poate să fie sever în domeniul vizualo-spaţial, cu performanţe heterogene: slabă capacitate de reprezentare picturală şi de orientare spaţială coexistând cu o foarte bună capacitate de a recunoaşte figurile şi literele. Capacităţile de raţionament logico-matematic sunt deficitare.

Pe de altă parte, se observă o instabilitate emoţională, o hiperactivitate frecventă, o neatenţie, o sensibilitate exagerată la zgomote, tulburări de coordonare motorie, tulburări de comportament inconstante.

În schimb, copilul caută contactul cu un fel de sociabilitate adezivă. Tabloul clinic aminteşte de copiii dispraxici (v. cap. 5.4.) (Meljac şi Bailly, 1994).

Anomalia genetică constă într-o deleţie a cromozomului 7, în 7Q 11-23 implicând, printre altele, gena elastinei, dar nu numai.

„Alte“ encefalopatii congenitale

Le enumerăm aici pe cele mai frecvente, fără însă să le descriem.

Encefalopatiile cu deficit enzimatic

— FENILCETONURIE. — Oligofrenie progresivă uneori cu convulsii sau spasme în flexie. În plan clinic, semnalăm hipopigmentarea părului (copiii blonzi cu ochi albaştri). Frecvenţa este de 1 la 20000 de naşteri. Diagnostic neonatal prin *testul Guthrie*.

— GALACTOZEMIE sau fructozemie congenitală. Se observă o hepatomegalie, accidente hipoglicemice. Diagnostic orientat de existenţa unei meliturii.

Citām MALADIA HARTNUP, leucinoza, homocistinuria (grupa amino-acido-patiilor).

— MALADII DE SUPRAÎNCĂRCARE. — Acestea corespund blocajelor metabolice care determină acumularea unei substanţe plasată în amonte de blocaj: această acumulare progresivă dă seama de existenţa în mod frecvent a unui interval liber de durată variabilă (câteva luni, chiar câţiva ani) şi de agravarea simptomelor marcate printr-o regresie, în special a achiziţiilor psihomotorii (zâmbet, apucat, mers etc.). Printre aceste maladii, cităm:

- *sfingolipidozele*:
  - maladia Tay-Sachs: debut neonatal, existenţa cloniilor audiogene, pată roşie la baza urechii începând de la 2-3 luni;
  - maladia Gaucher, cu cele două forme: precoce sau juvenilă;
  - maladia Niemann-Pick;
  - leucodistrofia metacromatică: maladia Scholz-Greenfield apărând spre 12-18 luni;
  - maladia Krabbe (debut între 4-7 luni);
- *mucopolizaharidozele:*
  - malaldia Hurler: debut în timpul celui de-al doilea an. Debilitate progresivă. Hidrocefalie şi posibilă afectare senzorială (surditate, ambliopie);
  - maladia Hunter, San Filipo;
- *Boala Wilson:* debut spre zece ani. Semne neurologice (distonie, tremor).

Diagnosticul : existenţa unui inel verde pericornean bilateral. Biologie: scăderea ceruloplasminei cu creşterea cupremiei.

Malformaţii cerebrale

- Microcefalie congenitală, porencefalie sau hidrocefalie.
- Craniostenoză.
- Displazii diverse: maladia Crouzon, discefalia cu cap de pasăre, sindromul Cockayne, sindromul Laurence-Moon-Biedl etc.

Grupa neurodermatozelor

Se grupează sub acest nume ansamblul bolilor ereditare la care sunt asociate

un sindrom neurologic şi manifestări cutanate. Debilitatea este cvasiconstantă şi profundă. Cităm:

– *neurofibromatoza Recklinghausen*: semnele cutanate sunt tumori moi sau mai ales pete cafea cu lapte. Semnele neurologice sunt mai variate, traducând existenţa neurinoamelor cu diverse localizări (nervi cranieni, măduvă);

– *scleroza tuberoasă Bourneville*: semnele cutanate, şi anume adenoame sebacee în „aripi de fluture" în jurul rădăcinii nasului, sunt foarte caracteristice;

– *maladia Sturge-Weber*: nevii de la nivelul feţei, întârzierea mintală şi epilepsia formează triada caracteristică.

Encefalopatiile endocrine şi metabolice

Hipotiroidia congenitală are un prognostic mult ameliorat prin opoterapie. Totuşi rămâne sumbru în atireoză unde la aproape toţi copiii se declanşează debilităţi profunde.

Semnalăm în plus encefalopatiile legate de *hipoglicemie, hipercalcemie* (sindromul Fanconi-Schlesinger).

Encefalopatii neonatale

Acestea sunt mult mai frecvente. O prevenţie bine concepută ar trebui să le diminueze. Ele nu sunt evolutive, ci sunt cicatriceale, consecinţă a leziunii SNC din momentul naşterii. Originea cea mai frecventă:

– traumatismele obstetricale: leziunile cerebrale pot fi datorate anoxiei cerebrale, edemului, hemoragiei meningee, mai rar obstrucţiei vasculare. În plan clinic, se pot observa toate tablourile de la encefalopatia profundă izolată până la afectările motorii tip *hemiplegie cerebrală infantilă* sau *boala Little* fără deficienţă mintală. În realitate, asocierea tulburărilor neurologice diverse cu o deficienţă mintală este frecventă;

– prematuritatea: se suprapune frecvent (v. cap. 25, 2).

Encefalopatiile dobândite

Grupa encefalitelor

În faza acută se observă un tablou de suferinţă cerebrală difuză: alterarea conştiinţei, semne de hipertensiune intracraniană, tulburări neurovegetative, rigiditate de decerebrare, crize epileptice, semne meningeale, într-un context inflamator. Există adesea semne de localizare neurologică.

Problema pentru pedopsihiatru se situează în special în perioada tardivă. De fapt, vindecarea poate fi completă, dar persistă adesea sechele sau se asociază deficienţa mintală de profunzime variabilă şi tulburări de comportament uneori foarte intense. În unele cazuri, se observă conduite regresive a căror intensitate poate evoca stări de demenţă infantilă sau tulburări de aspect psihotic. Cităm:

– *encefalita herpetică* caracterizată prin importanţa relativă a semnelor de localizare;

– *encefalita post-rujeolică,* cea mai frecventă dintre encefalitele postinfecţioase;

– mai deosebită, *leucoencefalita* sclerozantă subacută Van Bogaert debutează în a doua copilărie cu o deteriorare mintală progresivă, mişcări anormale de tip mioclonic. EEG-ul este caracteristic: unde ascuţite urmate de unde lente cu apariţie periodică pe tot scalpul.

Maladia Schilder

Apare în a doua copilărie cu deteriorare mintală progresivă şi deficite senzoriale progresive (vederea). Evoluţia se face prin pusee în cursul cărora pot să apară tulburări de comportament, întrerupte de scurte remisiuni. Decesul este constant după 12-18 luni de evoluţie.

Encefalopatiile sechelare

Toate afecţiunile SNC pot, după o fază acută, să lase sechele psihice, care nu au de obicei nimic specific. Doar studiul antecedentelor poate permite legarea encefalopatiei constatate de o etiologie particulară:

– tumori cerebrale;
– intoxicaţii diverse (saturnină, cu monoxid de carbon);
– meningite şi meningoencefalite bacteriene sau tuberculoase.

Sechelele traumatismului cranian

Le izolăm datorită frecvenţei lor, căci traumatismul cranian este localizarea cea mai obişnuită din patologia traumatică a copilăriei. Sechelele psihice sunt apreciate în mod diferit, în funcţie de autori.

Sindromul subiectiv pare mai rar decât la adult (cefalee, vertij, fatigabilitate...). Dispare după 1-2 ani.

— Tulburări intelectuale. — Acestea sunt în raport cu gravitatea traumatismului: când coma depăşeşte 8-10 zile, sunt foarte frecvente. Tulburările mnezice sunt importante prezentând amnezie de fixare, ceea ce duce la rezultate paradoxale în studiul funcţionării mintale: raţionamentul logic poate fi conservat, dar premisele raţionamentului sunt uitate.

Global, nivelul intelectual este foarte heterogen şi prezintă o deteriorare de profunzime variabilă. Tulburări mai specifice sunt posibile: tulburări de limbaj, dispraxie fină, tulburări de recunoaştere a formelor şi a organizării spaţiale. Aceste tulburări trebuie să fie analizate cu precizie deoarece un ajutor pedagogic special poate evita prăbuşirea copilului în eşec şcolar total.

— Tulburări de personalitate. — Acestea sunt dominate de rigiditate caracterială, impulsivitate, labilitate emoțională. Se observă uneori un apragmatism important sau conduite regresive, cert constante în faza acută, dar care se permanentizează. Testele proiective pun în evidență frecventa lipsă de participare afectivă, frecvența conflictelor, tendința la perseverare în răspunsuri.

Anturajul, mai ales familia, joacă un rol considerabil în evoluția ulterioară (Max, 1997) și posibilitățile de reinserție. Mai mulți autori (Rum) au observat frecvența superioară a sechelelor atunci când familia este deficientă. Acest lucru pune problema reconstrucției *a posteriori* a istoriei copilului de către părinți: astfel anumite familii atribuie sistematic și indistinct toată perturbarea sau devianța de dezvoltare a copilului lor unui factor extern și contingent. Realitatea unei afectări a SNC, cel mai frecvent traumatică, uneori infecțioasă (encefalită) riscă atunci să funcționeze ca un ecran pe care se proiectează diferitele conflicte intrafamiliale. Aceasta explică în parte diferențele de frecvență cu care autorii raportează existența sechelelor. Atitudinea societății, cererea de expertiză și de reparație vin, în cazul traumatismului cranian, să complice și mai mult diversele interacțiuni. Copilul „expertizat" se organizează în jurul traumatismului și a sechelelor sale, ceea ce poate contribui la fixarea tulburărilor.

Examinarea unui copil encefalopat

În fața unui copil encefalopat, întrebările obișnuite pe care și le pune clinicianul sunt acelea despre etiologie și despre investigațiile clinice necesare. Când să înceapă să efectueze explorările complementare și unde să se oprească? Cu toate că aceste întrebări sunt ușor de formulat, nu este întotdeauna ușor de răspuns la ele. Vom prezenta rapid acest demers esențialmente practic.

Interviul

Interviul rămâne o etapă esențială și trebuie să se refere la:

- **antecedentele copilului** care pot ele singure să fie relevante: suferință neonatală, antecedente neonatale, antecedente de encefalită, de traumatism cranian;
- **antecedentele familiale** care trebuie analizate cu grijă:
  - cazuri identice în fratrie, la ascendenți sau colaterali (veri);
  - trăsături morfologice particulare;
  - consanguinitate.

— Studiul evoluției morbide. — Este fundamental: tulburările au apărut de la început sau după un interval liber?

— S-a observat o regresie psihomotorie? — Această noțiune este unul dintre cele mai bune elemente de apreciere a evoluției unei encefalite: este vorba despre regresia în conduitele motorii (pierderea mersului, a statului în picioare sau așezat, pierderea capacității de a apuca, de a zâmbi etc). Trebuie să fie distinsă de o stagnare a achizițiilor, care antrenează o anumită regresie în raport cu vârsta, dar la care achizițiile sunt conservate.

Examenul fizic

Acesta constă în:

- *observarea comportamentului spontan*: gestualitate, tonicitate, mișcări anormale;
- *examenul neurologic*: măsurarea perimetrului cranian, studiul tonusului, deficitului motor, a afectărilor senzoriale sau motorii, a nervilor cranieni.

Examenul general

Constă în:

- cercetarea malformațiilor particulare ale feței, extremităților, membrelor;
- verificarea stării pielii (nevi, adenoame sebacee, angioame);
- cercetarea hepatosplenomegaliei, a cardiopatiei etc.;
- examenul oftalmic, auditiv.

Prin această explorare pur clinică, anumite etiologii se evidențiază cu cvasi-certitudine: IMC, trisomie, Bourneville, Crouzon etc. Explorările trebuie în acest caz să fie reduse la strictul necesar. Adesea, în special atunci când se regăsește un context familial, când se observă o evolutivitate, explorările complementare se dovedesc necesare. Aceste explorări nu sunt totdeauna inutile căci, chiar dacă este adevărat că ele duc doar rareori la un tratament specific, în schimb pot conduce familia la un sfat genetic și/sau la măsuri preventive din ce în ce mai frecvente (dozare enzimatică *in utero*).

Examene complementare

Tomodensitometrie și RMN (v. cap. 3, 2.1.) au revoluționat demersul diagnostic prin inocuitate și valoarea informațiilor obținute, deoarece doar ele pot permite diagnosticul tumorilor cerebrale, hidrocefaliilor, unor neuroectodermoze, diverselor leucodistrofii (Schilder, Krabbe). Acestea reprezintă în zilele noastre primul pas înaintea tuturor investigațiilor SNC. Arteriografiile diverse, encefalografiile gazoase, scintigrafiile vor preciza în mod secundar o tulburare sau alta.

Electroencefalograma, de practică atât de curentă, aduce în realitate puține informații, mai puțin excepțiile (maladia Van Bogaert), în afara epilepsiei propriu-zise.

În sfârșit, *multiplele examene hematologice, enzimatice, biochimice* nu trebuie să fie cerute decât dacă elementele clinice orientează într-un astfel de sens investigația și la sfatul unui neuropediatru.

Cariotipul și investigația genetică trebuie să fie practicate, dar plecând de la elemente de prezumție clinică în scopul cercetării unei anomalii precise.

3. — INFIRMITATEA MOTORIE CEREBRALĂ

Infirmitatea motorie cerebrală constituie al treilea grup de deficiențe ale copilului (19% dintre copiii handicapați). După deficiențele senzoriale și encefalopatii, este vorba aici de afectarea capacităților motorii ale copilului. Gradul de infirmitate este foarte variabil, mergând de la o discretă spasticitate care afectează puțin mersul, până la marile retracții care fac cvasi-imposibilă întreaga motricitate.

3.1. — NATURA INFIRMITĂȚII

Etiologia infirmității motorii cerebrale este aproape întotdeauna legată de condițiile de la naștere: traumatism obstetrical (56%), prematuritate (30%), patologie neonatală diversă (icter nuclear). Această etiologie subliniază importanța prevenției în scopul diminuării sensibile a frecvenței.

Localizarea tulburărilor este variabilă: afectarea unui singur membru (monoplegie), a unei jumătăți de corp (hemiplegie), a două membre (biplegie: boala Little), a membrelor inferioare (paraplegie), a celor patru membre (tetraplegie).

Natura neurologică a leziunilor este de asemenea variabilă:

– tulburări de tonus: hipotonie frecventă la debut, după care urmează în general o hipertonie, o spasticitate cu risc major de retracție și anchiloză în poziție vicioasă și dureroasă (picior chircit sau „ecvin");

– paralizie motorie totală sau parțială (pareză) cu riscul evoluției către o atrofie progresivă a grupului muscular afectat și al încetinirii creșterii;

– mișcări anormale de tip atetozic care afectează profund gestualitatea intențională și uneori și posibilitățile articulatorii;

– tulburări cerebeloase cu ataxie statică și kinetică ce afectează de asemenea posibilitățile motorii și mai ales mersul.

3.2. — TULBURĂRI CONSECUTIVE

Limbajul se dezvoltă chiar în cazul leziunii cerebrale stângi congenitale (afazia congenitală adevărată este excepțională). În schimb, afectarea motorie a aparatului fonator și de articulare (atetoză) poate determina tulburări de articulare.

Nivelul intelectual este teoretic normal, în ceea ce se numește infirmitate motorie cerebrală „pură". În realitate polihandicapul este frecvent. Doar 47% din infirmitățile motorii cerebrale au un QI normal sau superior. Ceilalți prezintă o deficiență mintală (ușoară 17%, medie 16%, profundă 20%) care constituie un handicap suplimentar pentru posibilitățile de reeducare.

În sfârșit, semnalăm frecvența altor deficite asociate: epilepsie, deficit senzorial complet sau mai ales parțial.

Studiul organizării cognitive relevă frecvența tulburărilor de orientare temporo-spațială și a schemei corporale, ușor comprehensibile din cauza afectării motorii.

Tulburările afective depind în același timp de gradul afectării cerebrale (profunzimea debilității) și de reacția copilului și a familiei sale la handicap. Copiii cu infirmitate motorie cerebrală sunt adesea descriși ca inhibați, facili, submisivi și pasivi. Adolescența, în schimb, poate fi o etapă dificilă, marcată de perceperea dureroasă a unei imagini fizice diferite, „anormale", devalorizată și devalorizantă. Intensitatea acestor reacții depinde în parte de modul în care handicapul a fost acceptat sau refuzat de către familie încă din mica copilărie.

În această privință, Winnicott reamintește că un copil trebuie să fie iubit așa cum este, cu handicapul său și nu cum ar trebui să fie, căci normalitatea, pentru un copil, este ceea ce el este. Doar această acceptare inițială poate permite copilului o investiție pozitivă într-o imagine de sine satisfăcătoare.

BIBLIOGRAFIE

AJURIAGUERRA J. DE, ABENSEN J.: Désordre psychopathologique chez l'enfant sourd. *Psychiatrie enfant,* 1972, 15 (1), 217-244.

ANDREY B., VIDOVIC-SIF S.: Phénomènes de régression et processus de restructuration de la personnalité dans quelques cas d'enfants et d'adolescents traumaisés crâniens graves. *Psychiatrie enfant,* 1977, 20 (1), 179-222.

ANGELMAN H.: „Puppet" children: a report of three cases. *Dev. Med. Child. Neurol.,* 1965, 7, 681-688.

BOLTANSKI E. (sous la direction de): *L'enfance handicapée.* Privat, Toulouse, 1977.

BOUTON C.P.: Le développement du langage: aspects normaux et pathologiques. Troubles dus à des altérations auditives majeures. Masson, Paris, 1979, 178-190.

BRINICH P. M.: Application of the matapsychological profile to the assessment of deaf children. *Psychoanalytic Study Child,* 1981, 36, 3-32.

CHEVRIER A.: Réflexions sur le syndrome d'alcoolisme foetal, *Nervure,* 1988, lere partie: 4, 59-63; 2e partie 5, 52-61.

COSNIER J.: La communication non verbale de l'enfant sourd. *Psychiatrie enfant,* 1978, 21 (1), 171-208.

DEBULY S .: *Aspects pédopsychiatriques du syndrome d'Angelman: à propos de 6 cas.* Thèse médecine, Tours, 1997, 1 vol., 153p.

DIAMENT A. J., SCHMIDT B. J., ROSEMBERG S.: Le diagnostic neuropédiatrique de la déficience mentale. *Annales Nestlé,* 1978, 75, 7-50.

DYKENS E.M.: Measuring behavioral phenotypes: provocations from the „new genetics", *Am. J. Retard.,* 1995, 99, 522-532.

FISCHER K. M.: Genes for Prader-Willi syndrome/ Angelman syndrome and Fragile X syndrome are homologous, with genetic imprinting and unstable trinucléotide repeats causing mental retardation, autism and agression. *Medical Hypotheses,* 1996, 47, 289-298.

FOCAULT O.: Le syndrome du chromosome X fragile. *Neuropsychiatrie Enf. Ado.,* 1988, 36 (4), 147-154.

GARELLI M., MARTIN C.: L'appréciation du niveau mental dans l'infirmité motrice cérébrale. *Rev. prat.,* 1969, 19 (10), 1551-1561.

HARRIS J. C.: *Developmental Neuropsychiatry,* Oxford University Press, 1995,. vol. 2, 103.

KING B. H., STATE M. W., SHAH B., DAVANZO P., DYKENS E.: Mental retardation: a review of the past 10 years, Part 1. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1997, 36, 1656-1663.

LAIRY G. C., NETCHINE S., NEYRAUT M.T.: L'enfant déficient visuel. *Psychiatrie enfant,* 1962, 5 (2), 357-440.

LANG J.L.: *Introduction à la psychopathologie infantile: psychologie et psychopathologie de l'enfant mongolien.* Dunod, Paris, 1979, 1 vol., 113-145.

LUCKASSON R., COULTER D., POLLOWAY E.A. *et al.*: Mental retardation definition, classification and systems of supports. *American Association on Mental Retardation,* Washington D.C., 1992, 9e éd.

MAX J.R., ROBIN D.A. *et al.*: Traumatic Brain Injury in Children and Adolescens: psychiatric disorders at two years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1997, 36, 1278-1285.

MELJAC C., BAILLY L.: Le syndrome de Williams-Beuren, une recherche sur les particularités des processus de pensée, *Perspectives Psychiatriques,* 1994, 33, 41, 50-52.

MINKOWSKI A.: *L'art de naître,* O. Jacob éd., Paris, 1987, 1 vol.

NUMERO SPECIAL: L'enfant aveugle. Articles de Vincelet, Redlet, Martinez, Lissonde etc. *Perspectives psychiatriques,* 1978, 16 (67), 207-289.

NUMERO SPECIAL: L'enfant handicapé physique: Développement affectif et cognitif. Articles de Bideaud, Colin, Domergue, Nurit etc. *Neuropsychiat. de l'enf.,* 1980, 28, (1-2), 1-67.

OSSON D., DHELLEMES P., ANSAR C., NZEYIMANA C.: Les troubles psychiques éloignés des enfants traumatisés crâniens. *Neuropsychiat. de l'enf.,* 1979, 27 (9), 401-407.

ROSENFELD J., BUISSART-BLONDEAU F., GIRAUD S., DEVANNE I.: *Le bébé et l'alcoolisme, Nervure,* 1990, 4, 30-46.

ROUGIER B., SALBREUX R., DENIAUD J.M., TOMKIEWICK S.: Prise in charge des handicapés en fonction de leur handicap et de la catégorie socioprofessionnelle de leurs parents. *Neuropsychiat. de l'enf.,* 1979, 27 (1-2), 29-44.

SALBREUX R., DENIAUD J.M., TOMKIEWICZ S., MANCIAUX M.: Typologie et prévalence des handicapés sévères et multiples dans une population d'enfants. *Neuropsychiat. de l'enf.,* 1979, 2 (1-2), 5-28.

STATE M.W., KING B.H., DYKENS E.M.: Mental retardation: a review of the past 10 years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1997, 36, Part 1: 1656-1663, Part 2: 1664-1671.

TURPIN J.C.: Encéphalopathies du nourrisson et du jeune enfant. EMC, Paris, 1973, *Pédiatrie* 4093 C 10.

WILLIAMS J.C., BARRAT-BOYES B.G., LOWE J.G.: Supravalvular aortic stenosis, *Circulation,* 1961, 24, 1311-1318.

WILLS D.M.: Some notes on the application of the diagnostic profile to young blind children. *Psychoanalytic Study Child,* 1981, 36, 217-237, 237.

15 EPILEPSIA COPILULUI*

1. — DEFINIȚIE, GENERALITĂȚI, EPIDEMIOLOGIE

Epilepsia este o afecțiune caracterizată prin apariția repetitivă a crizelor cu aspect clinic variabil, dar întotdeauna datorate unei descărcări hipersincrone a unui grup de neuroni. Simptomele clinice sau paraclinice observate în esență doar în timpul crizelor sunt ocazionale, dar nu există epilepsie fără crize clinice.

Astfel definită, epilepsia este frecventă la copil și adolescent, căci 50% din crize apar înainte de 10 ani și 70% înainte de 20 de ani. La copil, incidența medie (numărul de cazuri noi la 1000 de subiecți) este de 0,6 ‰ până la 1,2 ‰ iar prevalența (număr de bolnavi pentru 1000 de cazuri) de 6 până la 8 ‰. Aceste cifre descresc în populația adultă, ceea ce arată că un anumit număr de epileptici se vindecă.

Epilepsia sau mai bine spus epilepsiile copilului constituie una dintre afecțiunile neurologice cele mai severe. Mecanismul lor fiziologic este în mod clar mai bine cunoscut o dată cu progresele în domeniul GABA și aminoacizilor excitatori. Aceste progrese au condus și la o dezvoltare în cercetarea asupra antiepilepticelor. Ameliorarea tehnicilor de înregistrare EEG, a imagisticii cerebrale (RMN, debit sanguin, tomografie prin emisie de pozitroni PET, tomografie prin emisie de foton unic: SPECT) permit o mai bună abordare a etiologiei epilepsiilor lezionale.

În prezent, se descriu trei mari tipuri de epilepsie.

* Capitol scris cu amabila colaborare a Dr Catherine Billard, neuropediatru la CHU Bretonneau de Tours.

1.1. — EPILEPSII PRIMARE GENERALIZATE

Acestea sunt caracterizate prin:

– *în plan clinic* o alterare sau abolire a conștiinței, cu manifestări motorii (convulsii tonice și/sau clonice, pierdere a tonusului) bilaterale și simetrice;

– *în plan electric*, o serie de paroxisme care se desfășoară în mod generalizat în cele două emisfere, repartizate în mod sincron și simetric.

1.2. — EPILEPSII SECUNDARE GENERALIZATE

Acestea traduc existența leziunilor cerebrale difuze sau extinse. Crizele sunt foarte variabile în plan clinic, iar corespondența lor electrică este cel mai frecvent asimetrică și asincronă. Ritmul de fond în intervalul intercritic este totdeauna perturbat.

La copil, aceste epilepsii secundar generalizate (sindromul West, epilepsia mioclonică, sindromul Lennox-Gastaut) corespund fie leziunilor multifocale (scleroza Bourneville, malformații, leziuni clastice sau degenerative), fie unui proces criptogenetic de etiologie nedeterminată. Unii autori le numesc „encefalopatii epileptogene“.

1.3. — EPILEPSII PARȚIALE SAU FOCALE

Simptomele clinice sunt foarte diverse în funcție de aria corticală implicată; ele sunt fie elementare, fără alterări ale conștiinței (convulsii localizate, simptome senzitive sau senzoriale, simptome vegetative: salivație, paloare....), fie cu o semiologie complexă, asociind o obnubilare sau chiar o suprimare a conștiinței și comportamente diverse (automatisme psihomotorii, oro-alimentare sau verbale, manifestări psihosenzoriale de tip iluzie sau halucinație, manifestări psihice). În plan electric, paroxismele sunt foarte localizate, uneori chiar dificil de reperat.

Epilepsiile focale pot fi lezionale indiferent de originea lor (congenitală sau dobândită), vizibile sau nu la examinările imagistice. Pot să fie funcționale fără leziune cerebrală și cu prognostic excelent. Epilepsiile focale funcționale cele mai frecvente sunt epilepsiile cu paroxisme rolandice (EPR : v. 2.2.) care se vindecă în preajma adolescenței și crizele parțiale izolate ale adolescentului descrise de Loiseau.

Frecvența relativă a acestor trei tipuri de epilepsie nu este aceeași la copil și la adult. Copilul prezintă mai frecvent crize generalizate primare, apoi crize parțiale funcționale și, în sfârșit, crize generalizate secundare.

Ereditatea epilepsiei nu răspunde unui mecanism simplu. În afara bolilor ereditare cunoscute asociate unei epilepsii (neuroectodermoza de exemplu), nu s-a pus în evidență un mod de transmitere genetică precisă, decât în anumite sindroame epileptice (convulsii neonatale familiale, Epilepsia Mioclonică Juvenilă). După alți autori, epilepsiile criptogenetice se regăsesc mai frecvent printre ascendenții sau colateralii unui subiect afectat față de populația de control. Concordanța la gemenii univitelini este mare (62%: Lennox), dar nu totală. În concluzie, dacă o „sensibilitate" ereditară este posibilă, nici un mod de transmitere monogenică nu este cunoscut.

Maturizarea cerebrală progresivă a sugarului, apoi a copilului, explică evoluția semiologiei crizelor în funcție de vârstă. Cortexul nou-născutului și al sugarului prezintă o slabă capacitate de difuzie (deoarece mielinizarea conexiunilor interemisferice nu este decât schițată). Pragul epileptogen variază cu vârsta, o dată cu înmulțirea interconexiunilor: acest lucru dă seama de frecvența crizelor localizate, migratorii la sugar, apoi de apariția progresivă a crizelor generalizate. Dată fiind evoluția, vom distinge formele de epilepsie ale copilului în funcție de vârstă.

2. — STUDIU CLINIC

2.1. — CONVULSIILE NOU-NĂSCUTULUI ŞI ALE SUGARULUI (0-3 ANI)

Nu vom face decât să le cităm, deoarece, pentru numeroşi autori, aceste convulsii nu intră în cadrul epilepsiei. Este vorba cel mai frecvent de forme localizate a căror etiologie este legată fie de patologia neonatală (traumatism obstetrical, infecție neonatală, hipoglicemie, hipocalcemie....), fie de sindroame epileptice recent apărute şi cu prognostic adesea exelent, cum sunt convulsiile numite de ziua a 5-a cu etiologie misterioasă sau convulsiile neonatale familiale benigne legate de cromozomul 20. La sugar apar sindroamele West, în timp ce epilepsiile parțiale se observă la toate vârstele.

Convulsiile febrile, foarte frecvente, trebuie să fie eliminate din cadrul epilepsiei: ele apar la o febră mai mare de 38 grade C, între 6 luni şi 5 ani. Criza este de regulă de scurtă durată. Evoluția este favorabilă. Problema este mai ales „dedramatizarea" situației. Singura regulă este de a şti să opreşti excepționalele crize focale motorii mai ales unilaterale, care nu încetează spontan, cu ajutorul Valiumului IM sau cu alte medicamente indicate pentru starea de rău epileptic.

Riscul epilepsiei ulterioare nu este mai ridicat ca în populația normală decât atunci când se asociază mai mulți factori numiți „de risc" (crize prelungite sau repetate, anomalii paroxistice ale EEG-ului etc). Tratamentul este în primul rând preventiv, prescrierea antiepilepticelor pe termen lung este rar justificată.

2.2. — EPILEPSIA LA COPILUL ÎNTRE 3 ŞI 12 ANI

Două forme clinice de epilepsie sunt caracteristice acestei vârste: petit mal şi epilepsia paroxistică rolandică. Sindromul Lennox-Gastaut şi celelalte epilepsii mioclonice debutează de asemenea în aceeaşi perioadă. Noi le grupăm împreună cu celelalte encefalopatii epileptogene (v. 2.4.).

Petit mal

Debutează între 3 şi 9 ani; frecvența crizelor scade începând cu vârsta de 10-15 ani, pentru a dispărea apoi complet în majoritatea cazurilor. Într-o treime din cazuri apar în mod secundar alte forme de epilepsie generalizată (*grand mal*, mioclonii).

În plan clinic, epilepsiile *petit mal* aparțin clasei epilepsiilor primare generalizate şi se caracterizează prin absențe. Absențele „petit mal" tipice sunt simple: suprimare izolată a vigilenței şi a contactului la debut şi sfârşit brusc cu reluarea activității de acolo de unde absența o întrerupsese, şi cu durată de mai puțin de un minut. Se pot asocia câteva clonii ale pleoapelor care se pot extinde la tot capul, o revulsie oculară sau un enurezis. Sunt posibile discrete manifestări automate prelungind activitatea subiectului înainte de debutul absenței dar automatismele mai marcate (deglutiție, activitate lipsită de sens) sau fenomene vegetative sunt mai frecvent datorate absențelor „parțiale" frontale sau temporale: acestea din urmă ies complet din cadrul „Petit Mal".

„Petit Mal" este singura epilepsie care nu poate fi diagnosticată decât pe înregistrarea EEG a unei crize. Aceasta este de regulă uşor declanşată prin hiperpnee. Ea se caracterizează printr-un bufeu de vârfuri-unde generalizate şi sincrone cu 3 cicli pe secundă cu debut şi final clare. Un asemenea „Petit Mal" nu necesită nici o explorare complementară, contrar absențelor cu automatisme.

Epilepsia paroxistică rolandică (EPR)

Este cea mai frecventă şi cea mai benignă din epilepsiile copilului (15 până la 20% din cazuri), adesea nocturnă. Clinic se observă:

– crize motorii cel mai frecvent parțiale şi în raport cu somnul (noaptea, adormire sau trezire). Crizele oro-buco-faringiene, cu salivație şi zgomote buco-faringiene sunt cele mai tipice:

– dezvoltarea intelectuală şi neurologică sunt normale;

– EEG-ul arată paroxisme variabile ca frecvenţă şi morfologie de la un subiect la altul: bufee de vârfuri lente de regulă focalizate, dar uneori schimbând zona sau chiar cu focare bilaterale sau alternante. Somnul este un bun activator. Paroxismele electrice intercritice cu punct de plecare rolandic sunt necesare pentru diagnostic;

– evoluţia se face întotdeauna către vindecare cel mai târziu la vârsta de 15 ani.

Explorările complementare sunt întotdeauna normale şi nu sunt justificate. Această benignitate a EPR şi a altor epilepsii funcţionale mai rare (occipitale, parietale...) este specifică copilului.

Alte epilepsii parţiale

Acestea sunt mai puţin frecvente. Sunt uneori simptomatice pentru o leziune cerebrală vizibilă sau nu la tomografie sau RMN şi având în acest caz un prognostic mai sever. În acest cadru întâlnim epilepsiile revelatoare ale unei tumori. Practic o treime din epilepsiile parţiale ale copilului nu îndeplinesc criteriile epilepsiilor parţiale funcţionale şi nu sunt totuşi însoţite de nici o leziune vizibilă. Acestea sunt epilepsiile parţiale criptogenetice.

2.3. — EPILEPSIA COPILULUI MARE ŞI A ADOLESCENTULUI (MAI MARE DE 10 ANI)

Grand mal

Apare în jur de 10-11 ani şi se caracterizează prin marea criză tonico-clonică în care se succed:

– pierderea cunoştinţei inţial brutală, provocând căderea cu sau fără strigăt;

– faza tonică generalizată timp de 10-20 secunde: capul aruncat în spate, maxilarele strânse, membrele inferioare în extensie, membrele superioare în semiflexie, apnee;

– faza clonică generalizată timp de 40-60 secunde: secuse bruşte intense care se spaţiază progresiv;

– faza stertoroasă cu reluarea progresivă a respiraţiei şi comă postcritică cu durată variabilă.

Muşcarea limbii, pierderea de urină sunt aleatorii. În schimb, amnezia totală a crizei este constantă.

La EEG se observă mai întâi o descărcare generalizată de ritmuri rapide recrutante (faza tonică), apoi poli-vârfuri şi poli-unde progresiv încetinite (faza clonică), în sfârşit unde lente postcritice (faza stertoroasă). Traseul intercritic prezintă adesea bufee neregulate de vârfuri-unde, stimularea luminoasă intermitentă provocând adesea un răspuns.

Epilepsia primară generalizată a adolescentului

O formă de epilepsie generalizată a adolescentului se asociază uneori cu un *petit mal* sau este urmată de un *grand mal:* miocloniile generalizate care survin cel mai frecvent dimineaţa (la trezire sau în cursul micului dejun), fără abolirea conştiinţei, predominând la membrele superioare.

Această epilepsie generalizată primară caracteristică copilului mare şi adolescentului este întotdeauna criptogenetică; prognosticul este destul de favorabil.

Explorările complementare complexe nu se justifică. Ea este în mod sigur de origine genetică.

Epilepsiile fotosensibile

Oricare ar fi tipul de mioclonii sau tipul de crize generalizate, frecvenţa lor a crescut o dată cu utilizarea ecranelor computerelor.

2.4. — ENCEFALOPATIILE EPILEPTOGENE SAU EPILEPSIILE GENERALIZATE SECUNDARE

Aceste encefalopatii pot fi secundare unor leziuni specifice (facomatoze, leziuni malformative sau clastice, afecţiuni degenerative...), dar poate fi vorba şi de leziuni nespecifice. Acestea sunt foarte caracteristice copilului.

Sindromul West sau sindromul spasmelor în flexie

Aceasta este o encefalopatie epileptogenă gravă care debutează în general în primul an de viaţă, între 3 şi 10 luni. Crizele tonice scurte sunt caracteristice: contracţie bruscă în salve generalizate şi relativ lentă a muşchilor capului, gâtului, trunchiului şi membrelor uneori în extensie, cel mai frecvent în flexie: copilul se pliază în două după un mic strigăt. Se observă mai multe crize cotidiene cu 3 până la 10 spasme, fiecare spasm durând 2-3 secunde.

EEG-ul este profund perturbat: prezenţa undelor lente şi vârfurilor ample pe tot scalpul, asincrone şi variabile ca localizare de la un moment la altul, realizând ceea ce se cheamă „hipsaritmie“ sau „disritmie majoră“.

Afectarea psihică se caracterizează printr-o oprire sau regresie a dezvoltării psihomotorii şi o atitudine de profundă indiferenţă la stimulările externe. Această afectare poate preceda, însoţi sau urma spasmelor.

Atunci când nici o anomalie anterioară nu este decelabilă, etiologia rămâne necunoscută. În unele cazuri există o patologie cerebrală variabilă (malformativă, traumatică, infecțioasă...). Se pare că sindromul West corespunde, într-un anumit moment al maturizării cerebrale a sugarului, unei forme de epilepsie cel mai frecvent multifocală.

Evoluția este sumbră în majoritatea cazurilor: agravarea deteriorării psihice conduce la un tablou de encefalopatie profundă (v. cap. 9, 3.), cu apariția frecventă a comportamentelor foarte arhaice. În câteva cazuri, evoluția crizelor conduce la un tablou apropiat de sindromul Lennox-Gastaut. Rare dar posibile sunt evoluțiile clar favorabile, cu dispariția spasmelor și reluarea dezvoltării psihomotorii fără sechele.

Sindromul Lennox-Gastaut și alte epilepsii mioclonice

Sindromul Lennox-Gastaut apare între 2 și 7 ani, uneori mai târziu. Crizele clinice sunt totdeauna numeroase (mai multe zeci pe zi) și cu aspecte diverse:

- crize tonice scurte în timpul somnului;
- absențe atipice, cu început și sfârșit brusc, asociate cu fenomene motorii (tonice, atonice sau mioclonice);
- mioclonii masive sau parcelare;
- crize atonice brutale;
- crize generalizate tonico-clonice (*grand mal*);
- crize parțiale motorii, senzoriale, vegetative.

De fapt, toate tipurile de crize clinice pot fi observate.

EEG-ul prezintă în traseele intercritice vârfuri-unde lente cu un ritm de 1 până la 2,5 cicli/secundă, bilaterale, organizate în bufee mai mult sau mai puțin regulate. Ritmul de bază dispare adesea complet.

Insuficiența intelectuală este cvasi-constantă, adesea profundă. Existența frecventă a tulburărilor de comportament psihotic i-a determinat pe unii autori (Mises) să discute raporturile dintre psihozele infantile și acest sindrom (v. cap. 16, 4.5.).

Ca și în cazul sindromului West căruia îi poate succede, etiologia este imprecisă: uneori nu se regăsește nici un antecedent, în alte cazuri se observă semne nespecifice de suferință cerebrală.

Evoluția pe termen lung este dominată de riscul de deteriorare progresivă deoarece majoritatea terapiilor antiepileptice au o eficacitate minimă și tranzitorie.

Pe lângă sindromul Lennox-Gastaut, există numeroase epilepsii zise mioclonice deoarece ele asociază diferite tipuri de crize cu mioclonii. Ele încep să fie clarificate datorită criteriilor clinice și electroencefalografice în cadre destul de bine determinate (epilepsia mioclonică benignă, epilepsia mioclonică severă a sugarului). Etiologia lor este încă necunoscută. Excepționalele epilepsii revelatoare ale unor afecțiuni metabolice degenerative fac parte din acest cadru al epilepsiilor mioclonice (ceroido-lipofusioză, encefalopatie mitocondrială sau pentru copii mai mari: boala Ramsay Hunt, boala Lafora...).

2.5. — EXPLORĂRI COMPLEMENTARE ȘI DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

În toate epilepsiile, electroencefalograma intercritică completată, în funcție de formă, cu o înregistrare sub hiperpnee, SLI, somn, înregistrarea în întregime a crizei, este indispensabilă diagnosticului precis și prin acesta chiar orientării terapeutice și prognosticului.

Unele forme de epilepsie a copilului corespund unor entități bine cunoscute în prezent și a căror explorare nu aduce nici o informație suplimentară. Este deci inutil să multiplicăm examenele și investigațiile în aceste cazuri tipice: așa este *petit mal*-ul tipic, epilepsia paroxistică rolandică, epilepsia generalizată primară a adolescentului.

În afara acestor situații bine definite în care nu există niciodată leziuni cerebrale, celelalte epilepsii justifică efectuarea tomografiei computerizate și/sau a RMN-ului care oferă în prezent rezultate precise. Pe lângă epilepsiile tumorale, există adesea leziuni sechelare: dilatarea ventriculară, atrofia mai mult sau mai puțin localizată, malformații difuze sau displazii focalizate, facomatoze. Când caracterele clinice electroencefalografice asociate cu rezistența la tratament evocă o origine lezională pe care tomografia sau RMN-ul nu o pun în evidență, practica actuală noninvazivă de măsurare a debitelor sanguine cerebrale (SPECT, mai ușor de manevrat sau PET, mai sensibil) pot să aducă un ajutor deosebit prin indicații asupra localizării. Totuși, aceste examinări nu pot fi interpretate decât într-o manieră riguroasă și prudentă.

În mod clasic, diagnosticul diferențial se discută cu:

- spasmele hohotului de plâns (v. cap. 19,3.);
- crizele neepileptice: sincopa;
- crizele isterice.

Acest diagnostic diferențial este uneori dificil de stabilit și necesită sprijinul unei înregistrări electrice a stării de rău atunci când acesta rămâne de natură nedeterminată. „Medilog“-ul și înregistrarea videoscopică pot să fie de un mare ajutor. Tratamentul zis „de probă“ și eticheta de „epilepsie“ puse fără certitudine trebuie să fie evitate.

3. – ABORDARE PSIHOPATOLOGICĂ

Importanța factorilor psihologici în declanșarea sau, dimpotrivă, în diminuarea crizelor, rolul indiscutabil al vigilenței sau al afectivității au condus foarte devreme la întrebări asupra sensului psihologic al crizelor epileptice și a maladiei epileptice. În plus, tulburările psihice de naturi diferite par mai frecvente la epileptici, mai ales adulți. Astfel, lucrările consacrate acestui subiect sunt numeroase. Interesul se concentrează asupra a două puncte. Pe de o parte, numeroși autori au încercat să înțeleagă semnificația crizei epileptice în trăirea conștientă și inconștientă a subiectului. Pe de altă parte, s-a încercat corelarea bolii epileptice cu un anumit profil de personalitate caracteristică. Acest lucru a dus la a se vorbi despre „personalitatea epileptoidă". Dacă această abordare pare sigur depășită, numeroși autori continuă totuși să se întrebe în legătură cu consecințele psihoafective și remanierile structurale care rezultă dintr-o boală cu un atât de mare impact social. Noi reluăm progresiv această problemă studiind succesiv semnificația crizei, apoi problema „personalității epileptice" și psihopatologia intercritică, în sfârșit, impactul social și școlar al epilepsiei. Mai întâi trebuie să observăm cum, cu excepția unor encefalopatii epileptogene, în marea lor majoritate crizele de epilepsie ale copilului nu traduc în mod necesar existența unei leziuni cerebrale, leziune pe care traseul înscris pe EEG ar veni să o autentifice. În realitate, descărcarea sincronă a neuronilor cerebrali provine cu siguranță dintr-un prag de excitabilitate și din recrutarea ritmurilor joase, dar nu reprezintă nimic altceva decât o anomalie funcțională. Acest lucru i-a determinat pe unii autori să evoce un mecanism psihologic la originea acestei dezordini funcționale.

3.1. — ÎNȚELEGEREA PSIHOPATOLOGICĂ A CRIZEI

Freud a fost primul care, în lucrarea sa intitulată *Dostoievski și Paricidul* (1929), s-a aplecat asupra semnificației crizei: după el, epilepticul încearcă să rezolve prin intermediul crizei un conflict între un Supraeu sadic și un Eu masochist: criza este un echivalent de act suicidar, veritabilă moarte introiectată, care se caracterizează prin dezintricarea pulsiunilor ca urmare a prăbușirii Eului. După această primă abordare psihogenetică, numeroși psihanaliști au propus o interpretare a crizelor (Kardiner, Schilder, Fenichel, Greenson, L. și A. Covello). Criza epileptică este astfel apropiată de o „criză de afect" la subiecții predispuși: sistemul pulsional al subiecților epileptici este caracterizat ca fiind sadic și distructiv, Eul lor este incapabil să i se opună. Criza este întotdeauna interpretată ca rezultat al inundării traumatice a Eului depășit de pulsiunile dezorganizate și dezintricate.

Unii autori consideră că la origine s-ar afla o organizare apropiată de „structurile psihosomatice" (v. cap. 19): criza trimite la o funcționare psiho-soma nediferențiată, fie regresivă (Ferenczi, Winnicott), fie martor al unei lipse la nivel psihic. Criza psihică vine să înlocuiască în acest ultim caz starea de blocaj și incapacitatea de elaborare a conflictelor psihice (Covello).

În sfârșit, semnalăm că teoria traumatismului psihic este frecvent invocată în declanșarea crizei: coincidența dintre un eveniment fortuit și realitatea organizării fantasmatice a subiectului creează condițiile unui traumatism psihic al cărui singur rezultat este criza. *„La copiii care fac o criză comițială, rezonanța dintre ceea ce este perceput în realitatea exterioară, pulsiune și reprezentările refulate este mare și atât de brutală, încât defensele vigile sunt inundate de conflictele inconștiente"* (Bouchard și colab.).

3.2 — ABORDAREA INTERCRITICĂ A EPILEPTICULUI

Celălalt mod de abordare a constat, după F. Minkowska, în definirea personalității de bază a pacienților epileptici. Să reamintim că, fără a folosi termenul de „epileptoid", F. Minkowska grupase factorii pe care îi considera caracteristici, conform *Rorschach,* subiecților epileptici: vâscozitate, perseverare, atașare de concret, agresivitate socială... O dată cu multiplicarea studiilor făcute pe numeroși pacienți prezentând diferite tipuri de epilepsie, s-a observat că, pe de o parte, „acești factori nu sunt specifici epilepsiei (se reîntâlnesc și în alte arii ale patologiei: traumatism cranian, sechele de encefalită), iar, pe de altă parte, nu se observă la toți epilepticii, în special la copii. Unii autori au sugerat astfel că această „personalitate epileptoidă" nu ar fi în realitate decât o patologie secundară datorată fie multiplicității crizelor cu reacțiile pe care acestea le induc, fie mai ales acțiunii inhibitoare a medicamentelor (fenobarbital). „Personalitatea epileptoidă" nu ar fi decât o reelaborare secundară unei patologii iatrogene. Pentru a evita o astfel de confuzie, unii autori au descris mecanismul psihopatologic al primei crize (Bouchard și colab.), dar este dificil să fim de acord cu concluziile lor privind structura psihopatologică a subiecților numiți epileptici, mai ales când acești subiecți nu au făcut decât o singură criză: trebuie să reamintim că epilepsia se definește prin repetiția crizelor clinice. Personalitatea epilepticului se organizează în jurul acestei repetiții a crizelor și a reamenajărilor secundare puse în scenă de subiect și/sau de anturajul său.

Astfel Beauchesne declară: *„noi credem că modul în care anturajul dă un sens crizei pe care aceasta nu o are și, nu poate să o fi avut inițial, este capital în reorganizarea subiectului".* În această reorganizare, chiar dacă conceptul de „personalitate epileptoidă" ca bază a maladiei epileptice este puternic criticat în

prezent, anumite trăsături de caracter se observă totuşi, mai ales lentoarea ideativă (bradipsihie), iritabilitatea, labilitatea emoţională, impulsivitatea. Notăm totuşi că la copil aceste trăsături de caracter coexistă mai ales cu crizele *grand mal* faţă de absenţele *petit mal*. Totuşi un mare număr de copii nu prezintă nici o trăsătură de personalitate specifică. Doar „imaturitatea“ este adesea raportată de autori.

Cu toate acestea, chiar dacă nu există o organizare patologică specifică epilepsiei, este evident că o boală care întrerupe brutal cursul gândirii individului, şi al cărei impact social este atât de mare, provoacă mişcări psihoafective multiple. Rupturile repetate şi imprevizibile ale continuităţii psihice şi fizice par să fie la originea unei trăiri foarte apropiate de o mare fragilitate narcisică: imaginea corpului este întotdeauna periclitată, sentimentul de pierdere (pierderea conştiinţei, pierderea relaţiei...) întotdeauna viu. Unele caracteristici descrise în cadrul „personalităţii epileptoide“ pot de altfel să fie înţelese ca apărări împotriva acestor ameninţări adresate imaginii corpului şi continuităţii investirii sinelui (Winnicott): aşa este vâscozitatea, aderenţa faţă de stimuli. De asemenea se poate menţiona frecvenţa cu care subiectul epileptic are nevoia de a stabili legături între elemente perceptive diverse (la Rorschach de exemplu) şi o extremă sensibilitate la ruptura legăturilor.

Epilepsia şi eficienţa intelectuală

Dificultatea de a evalua gradul de afectare a funcţionării mintale provine din faptul că majoritatea studiilor de QI la subiecţii epileptici nu distinge clar diferitele tipuri populaţionale; îndeosebi la copil existenţa encefalopatiilor epileptogene poate, în plan epidemiologic, să determine o scădere importantă a rezultatelor evaluărilor.

Studiile pe grupuri mari (Freudenberg, Bouchard) arată că repartiţia QI-urilor la copiii epileptici respectă în mare repartiţia gaussiană din populaţia generală, cu un decalaj totuşi către QI-urile mai scăzute.

În cazul nivelurilor uşor scăzute, pentru evaluarea optimă a capacităţilor psihice se ţine cont de:

- bradipsihie: eliminarea factorului timp ameliorează performanţa;
- „pierderea contactului“ în cazul crizelor frecvente;
- încetinirea datorată tratamentului.

Repetarea evaluărilor poate arăta variaţii importante în funcţie de calitatea contactului cu examinatorul, de echilibrul terapeutic, de intervalul de la ultima criză...

Mai interesantă poate fi recunoaşterea şi analiza de fineţe a dificultăţilor cognitive specifice. Unele epilepsii se asociază cu tulburări de limbaj a căror expresie extremă este sindromul Landau (v. cap. 6, 1.). Tulburările de atenţie şi

de memorie sunt deosebit de frecvente la copiii epileptici, de altfel inteligenţi. Partea de responsabilitate a epilepsiei, a bolii cauzale şi a tratamentelor antiepileptice, care în general par să altereze memoria, este imposibil de delimitat. Folosirea testelor specifice permite recunoaşterea tulburărilor, supravegherea în cursul tratamentului a apariţiei efectelor nocive şi ghidarea reeducării.

Deteriorarea mintală

Existenţa unei deteriorări mintale în cazul unei epilepsii nu este o situaţie obişnuită. Nici chiar crizele repetate prost echilibrate, atunci când copiii nu au avut un deficit înainte de debutul bolii, nu se asociază cu deteriorarea mintală. Două situaţii particulare trebuie să fie evocate.

Pe de o parte, unele epilepsii severe cum este sindromul West sau epilepsiile mioclonice se asociază în cursul evoluţiei epilepsiei, atunci când aceasta nu este controlată, cu o deteriorare în principal comportamentală de tip autist, într-un caz, sau psihotic, în celălalt caz.

Pe de altă parte, unele epilepsii parţiale lezionale refractare se asociază cu tulburări cognitive specifice în relaţie cu localizarea epilepsiei: semne frontale, tulburări de limbaj oral sau scris... Şi aici aportul epilepsiei sau al bolii cauzale este dificil de determinat. Oricum ar fi, recunoaşterea lor şi reeducarea sunt indispensabile.

3.5. — EPILEPSIE ŞI PSIHOZĂ

Apariţia crizelor de epilepsie este o eventualitate destul de frecventă la copilul psihotic: între 12 şi 20% dintre copiii psihotici prezintă crize epileptice. Clinica crizelor epileptice nu are nimic specific. Unii autori (Ferrey-Hanin) au subliniat totuşi frecvenţa crizelor nocturne. Toate formele clinice de psihoză sunt implicate. Problema esenţială rămâne aceea a naturii raportului dintre epilepsie şi psihoză: fie psihoza ca o consecinţă a epilepsiei (Rimland, Lor-Henry), fie epilepsia ca simplu simptom al psihozei (Soulayrol). În clinică se pot observa toate tipurile de asocieri şi de succesiuni temporale: în unele cazuri crizele de epilepsie par inaugurale şi determină episoade confuzionale, la început tranzitorii, apoi, progresiv, destructurări durabile ale organizării psihice. Epilepsia temporală pare a fi mai frecvent responsabilă. În alte cazuri, psihoza precede clar apariţia crizelor epileptice: apariţia lor marchează întotdeauna *„un moment semnificativ al istoriei copilului psihotic şi apariţia unui sens“* (Soulayrol). Se pune atunci problema semnificaţiei simptomatice a crizelor epileptice într-o structură psihotică. Pe de altă parte, perturbările la nivelul neurotransmiţătorilor dintr-un caz sau celălalt pot constitui o ipoteză etiologică.

Majoritatea acestor psihoze cu epilepsie se asociază cu o organizare cognitivă deficitară, ceea ce l-a făcut pe Misès să încerce o articulare între aceste trei variabile, distingând:

– formele demențiale în care deficitul ocupă un loc important în cadrul tabloului clinic;

– psihozele cu expresie deficitară, survenind la epileptici;

– între acești doi poli, dizarmoniile evolutive cu expresie deficitară (v. cap. 16, 4.5.).

3.6. — ABORDAREA FAMILIALĂ ŞI SOCIALĂ A EPILEPSIEI

„Răul comițial", a cărui apariție întrerupea întrunirile consiliilor romane, a fost dintotdeauna vehicolul privilegiat al unei fantasmatici sociale foarte bogate. Epilepticul este când sacralizat, purtător al unui rău și al unui semn divin, când respins deoarece este posedat de un spirit demonic, dar nu lasă niciodată publicul indiferent. La copil, familia și școala constituie câmpul social de rezonanță.

Familia epilepticului ar prezenta un mod relațional aparte, marcat de existența unor tensiuni accentuate. S-a observat de asemenea la unul dintre cei doi părinți existența unui Supraeu sever, interzicând întreaga exprimare a agresivității (Guedeney, Kipman). S-a evidențiat frecvența și pregnanța unei fantasmatici familiale organizate în jurul morții (Beauchesne). Indiferent care ar fi organizarea familială inițială, repetarea imprevizibilă a crizelor provoacă foarte rapid o reamenajare în jurul acestora: ambivalența este regula. Familiile oscilează între supraprotecție, al cărei exces poate de altfel să mascheze intenții agresive (copilul epileptic nu are nici o posibilitate de petrecere a timpului liber în ideea presupusei periculozități a oricărei activități: bicicletă, piscină...) și respingere, lipsa afecțiunii sau chiar dezgustul. Cercetarea traumatismului, a anomaliei cerebrale sau a tumorii (EEG-ul constituie pentru multe familii dovada directă: prudența este necesară atât în utilizare cât și în informațiile pe care le poate da) vizează exteriorizarea originii bolii, în timp ce existența antecedentelor familiale este trăită ca semn al unei tare ereditare mai mult sau mai puțin rușinoase.

În ceea ce privește școala, aceasta pare să arate un mai mare grad de toleranță față de copiii epileptici. Este de remarcat că crizele de epilepsie la școală survin mai rar decât o arată procentele morbidității: acest lucru pare să arate existența crizelor la copilul epileptic mai ales în afara cadrului școlar. Periculozitatea, adesea pusă pe primul plan de către instituția școlară, este cvasi-nulă, atât pentru copil cât și pentru anturaj. Eșecul școlar apare ceva mai frecvent la copilul epileptic, eșec datorat în general tulburărilor asociate. Școlarizarea în instituții specializate pentru epileptici nu trebuie indicată decât în cazul în care crizele

sunt extrem de frecvente, dacă există o deficiență intelectuală profundă sau o organizare psihotică gravă asociată.

4. — TRATAMENT

4.1. — ANTIEPILEPTICE

Diferitele antiepileptice, indicațiile lor și efectele secundare sunt grupate în tabelul IV. În general, la copil, prescrierea unui antiepileptic trebuie să urmeze principiile următoare:

– la același efect terapeutic, trebuie neapărat să fie ales produsul care prezintă cele mai mici efecte secundare cu scopul obținerii celui mai bun echilibru între: inconvenientele crizelor – inconvenientele tratamentului;

– monoterapia este regula. Nu se vor face asocieri medicamentoase decât în cazul rezistenței sau a crizelor cu forme clinice foarte variate (Lennox-Gastaut);

– supravegherea tratamentului se face clinic și nu pe EEG. Repetarea EEG-ului este cel mai adesea inutilă;

– posologia eficace pentru fiecare produs trebuie să se ghideze după clinică deoarece doza eficace este foarte variabilă de la un pacient la altul. Indicația de dozare sanguină este categorică pentru unele medicamente cum este Di-Hydan-ul și prezintă pentru alte antiepileptice trei motive de interes: verificarea tratamentului în caz de recidivă; a verifica dacă este vorba de o concentrație insuficientă sau de o ineficiență a antiepilepticului; verificarea în cazul efectelor secundare a particularităților farmacocinetice ale individului;

– înaintea modificării unui tratament în timpul unei crize trebuie să se țină cont de disconfortul real creat de criză. Doar modificările importante ale duratei, ritmului sau aspectului crizelor trebuie să conducă la reconsiderarea tratamentului. Orice schimbare trebuie să fie progresivă;

– *întreruperea definitivă* a tratamentului trebuie să respecte la copil anumite condiții. Aceasta depinde de vârstă și de tipul de criză. În medie, este necesară o perioadă liberă de 18 luni până la 2 ani după ultima criză, pentru a avea în vedere întreruperea. În toate cazurile această întrerupere trebuie să fie *progresivă*.

4.2. — ABORDAREA PSIHOTERAPEUTICĂ

Numeroși autori au propus o abordare psihoterapeutică a copilului și o activitate de consiliere familială. La nivelul familiei, este de fapt de dorit să fie

TABELUL III. – Indicații și efecte secundare ale antiepilepticelor folosite în prezent (1992)

	Epilepsii generalizate primare			*Epilepsii parțiale*	*Epilepsii secundare generalizate*				
	Grand-mal	*Absența petitmal*	*Mioclonie*		West	Lennox-Gastaut	*Stare de rău crize prelungite*	*Număr de doze zilnice*	*Efecte secundare toxicitate*
Valporat de sodiu *Dépakine*	+++	+++	+++	++	+	+++	(IV)	Chrono 2 2-3	*Puține:* tulburări digestive (greață, vărsături); toxicitate hepatică excepțională dar dramatică, insuficiență hepatică acută. Tremurături, alopecie, creștere în greutate.
Carbamazepină *Tegretol*	+++			+++		+		LP: 1-2 2-3	*Puține:* în caz de supradozare: vertij, ataxie, greață, senzație de amețeală, somnolență, diplopie (scăzută la forma retard).
Fenobarbital *Gardenal*	+++			++			+++ (IV)	1	*Important:* psihic (încetinire sau excitație, scăderea randamentului școlar). Inducție enzimatică. Eritrodermie.
Vigabatrin *Sabril*	+			+++	+++ (Sindr. Bourneville) și lezional			2	*De precizat:* hiperkinezie, somnolență.
Fenitoin *Di-Hydan*	+++			+++			+++ (IV)	1-2	Notabile: hipertrofie gingivală. Afectare hematologică. Sindrom cerebelo-vestibular. Dificultăți în găsirea unei posologii stabile și netoxice.
Primidion *Mysoline*	+++			+++				2-3	Greață, vertij. Toxicitate cronică: idem fenobarbital.
Diazepam *Valium*	++	+	++	+	+	+	+++ (IR și IV)		Adesea importante: *În funcție de doză:* somnolență reversibilă, excitabilitate și iritabilitate, dificultăți școlare (memorie, atenție).
Clonazepam *Rivotril*	++	+	++	+	++	+++			
Clobazam *Urbanyl*	++	++	+++	++	++	+++			
Nitrazepam *Mogadon*	+	++	+	+	+++	+++	+++ (IR și IV)	1-2	
Clorazepat *Tranxene*	++	+	++	+	++	+++			
Succinimid *Zarontin*		+++	++				++	1-2	Tulburări digestive. Leucopenie.

ascultate pe termen lung temerile şi angoasele suscitate de crize. Informarea trebuie să permită familiei evitarea atitudinilor extreme, atât de protecţie excesivă cât şi de respingere nejustificată.

Psihoterapia copilului însuşi permite reintroducerea crizei în istoria lui şi faptul de a-i da un sens. Pentru unii, această psihoterapie este condusă în conjuncţie cu prescrierea antiepilepticelor. Totuşi majoritatea terapeuţilor preferă ca rolurile lor să fie diferenţiate. Un contact corporal direct, sub forma unei relaxări sau unei reeducări psihomotorii, este adesea de dorit.

BIBLIOGRAFIE

AICARDI J.: Epilepsie et petit mal. EMC, Paris, 1968, *Pédiatrie*, 4091 A 50.

BEAUCHESNE H.: L'enfant et l'adolescent épileptiques: une approche clinique et psychopathologique. *Psy. enf.*, 1976, 19 (2), 429-494.

BOUCHARD R., LORILLOUX J., GUEDENEY C., KIPMAN D.: *L'épilepsie essentielle de l'enfant.* PUF, Paris, 1975, 1 vol.

CHIRON C., DULAC O.: L'imagerie fonctionnelle cérébrale chez l'enfant épileptique. *Arch. Fr. Pédiatr.*, 1990, 47, 629-632.

COVELLO L., COVELLO A.: *Epilepsie, symptôme ou maladie,* Hachette, Paris, 1971, 1 vol.

FERREY-HANIN D.: Le sommeil des enfants psychotiques. *Neuropsych. de l'enf.*, 1980, 28 (4-5), 216-220.

GASTAUD H.: L'épilepsie temporale. *Concours Médical,* 1980, Suppl. au nr 15, 3-48.

LOISEAU P.: Etude des antiépileptiques actuellement utilisés. *Rev. prat.*, 1979, 29 (59), 4465-4477.

MISES R., MISES J., BEAUCHESNE H.: Le démembrement de la démence épileptique. *Psych. enf.*, 1968, 11 (1), 181-268.

SOULAYROL R. et coll.: Psychose de l'enfant et épilepsie. *Neuropsych. de l'enf.*, 1980, 28 (3), 77-78.

NUMERO SPECIAL: Epilepsie. *Neuropsych. de l'enf.*, 1983, 31, 11-12, 499-559.

16 AUTISMUL INFANTIL ŞI PSIHOZELE LA COPIL

1. — ISTORIC

Istoria psihozelor infantile ar putea fi subdivizată în trei perioade.

1.1. — O PERIOADĂ NUMITĂ „PREISTORICĂ"

În această perioadă, în clinică se cercetează formele infantile de schizofrenie după modelul adult: demenţa precocisimă (Sante de Sanctis, 1905), demenţa infantilă (Heller, 1908), schizofrenia copilului (Potter, 1933; Lutz: 1936; Despert, Bender: 1937). Două obstacole clinice se ridică pe calea acestei continuităţi nosologice: 1) raritatea delirului la copil, în timp ce natura delirului reprezintă unul din punctele de referinţă a diferenţierii sindromatice în nosografia adultă; 2) locul special al noţiunii de demenţă, central în descrierea demenţei precoce şi într-un grad mai mic a schizofreniei, dar inutilizabil la copil şi opunându-se idioţiei, imbecilităţii sau debilităţii. Să ne reamintim fraza lui Esquirol: „dementul este un bogat devenit sărac, idiotul a fost dintotdeauna în nefericire şi mizerie". În această epocă preistorică, domeniul idioţiei cuprinde încă noţiunea de psihoză infantilă (Duché, 1990).

1.2. — O PERIOADĂ ISTORICĂ

Este simbolizată de descrierea autismului infantil propusă de Kanner în 1943. În jurul acestei descrieri princeps se aglomerează un ansamblu semiologic cu contur clinic mai puţin riguros (psihoza infantilă precoce non-autistă, psihoza simbiotică: Malher, 1969; psihoza cu expresie deficitară: Misès, 1970; autismul secundar regresiv: Tustin, 1977 etc.).

Totuşi, toate aceste descrieri se apropie mai mult sau mai puţin de un concept care vizează unificarea psihozelor infantile ce traversează descrierea în termeni psihodinamici a unui „nucleu psihotic" sau a unei funcţionări psihice numită „arhaică". Psihozele infantile sunt de acum scoase din modelul schizofreniei adultului, dar ele se află în miezul unei dezbateri ideologice între susţinătorii psihogenezei prea frecvent prezentate ca o cauzalitate exclusivă şi susţinătorii organogenezei ignorând construcţia interactivă a dezvoltării fiinţei umane. Aceasta este perioada construcţiei unui concept unificat al „psihozei infantile".

1.3. — O PERIOADĂ DE DECONSTRUCŢIE

Deconstrucţia acestui concept unificat a început către sfârşitul anilor '70 cu apriţia clasificărilor internaţionale (CIM) şi americane (DSM), în cursul cărora se observă multiplicarea diagnosticelor diferenţiale care scot din cadrul autismului tipic şi al psihozelor infantile (capitole numite de acum înainte: „tulburări pervazive de dezvoltare", pentru a suprima toate referirile la conceptul de psihoză) anumite tablouri clinice particulare: sindromul Rett, Angelman, X fragil, devenite „entităţi" bine diferenţiate de câmpul vast al „tulburărilor pervazive de dezvoltare", în special prin evoluţia lor sau prin originea etiologică (organică) de acum precizată. În paralel, rigoarea semiologică dezmembrează cadrul nosografic unificat pentru a descrie entităţi cu statut încă imprecis: sindromul Asperger (DSM-IV, CIM 10), hiperactivitatea asociată cu retard mintal şi cu mişcări stereotipe (CIM 10), dizarmonia psihotică (CFTMEA) sau „tulburarea multiplă de dezvoltare". În sfârşit, noţiunea de „dezintegrare" reapare (aproape deci de conceptul de demenţă) cuprinzând tulburările dezintegrative ale copilăriei (DSM-IV, CIM 10) şi chiar dacă aceasta nu este tocmai identică ne putem întreba în legătură cu confluenţa care se naşte între această entitate şi cercetările din ce în ce mai numeroase din partea psihiatriei adultului privind schizofrenia cu instalare precoce sau etiologia posibilă a schizofreniei situată în mod ipotetic în etapele cele mai precoce ale dezvoltării.

Această scurtă incursiune istorică ne arată situaţia de acum „explodată" a cadrului psihozelor infantile grupate sub numele de „tulburări pervazive de dezvoltare". Sigur, autismul infantil tipic îşi păstrează locul lui, dar nu aceeaşi este situaţia pentru alte forme de „autism atipic" sau „psihoze precoce" care, totuşi, sunt departe de a fi excepţionale. Noi vom descrie mai întâi autismul infantil înaintea celorlalte psihoze infantile, apoi, într-o a treia parte, vom aborda funcţionarea psihică şi interactivă.

2. — DEFINIŢIE

Grupate sub denumirea de „Tulburări pervazive de dezvoltare" (CIM 10, DSM-IV: cf. tabelului IV), psihozele infantile se caracterizează printr-o alterare globală a capacităţilor de comunicare, perturbări în relaţiile cu ceilalţi, activităţi restrânse şi repetitive, adesea stereotipe. Teoretic nu există retard mintal asociat, dar în realitatea clinică funcţionarea cognitivă prezintă în mod obişnuit particularităţi. În plan psihopatologic, psihozele infantile se caracterizează printr-o alterare a organizării progresive a personalităţii cu o capacitate de adaptare la realitate variabilă în funcţie de nivelul exigenţei sociale şi de nivelul angoasei copilului.

Tabelul IV. – *Tulburările pervazive de dezvoltare.*

CIM 10	DSM-IV
– Autismul infantil – Autismul atipic – Sindromul Rett – Alte tulburări dezintegrative ale copilăriei	– Tulburările autiste – Sindromul Rett – Tulburările dezintegrative ale copilăriei – Sindromul Asperger
– Hiperactivitea asociată cu retard mintal – Sindrom Asperger – Alte tulburări pervazive de dezvoltare – Tulburări pervazive de dezvoltare: fără altă precizare	– Tulburări pervazive de dezvoltare nespecifice (inclusiv autism atipic)

3. — AUTISMUL INFANTIL

Chiar dacă acest sindrom a putut fi prezentat ca relativ omogen, realitatea clinică arată o relativă diversitate şi variabilitate. Totodată, regăsim întotdeauna:
- o alterare a capacităţilor de comunicare;
- o alterare a interacţiunilor sociale;
- un aspect restrâns repetitiv şi stereotip al comportamentelor, intereselor, activităţilor.

În mod evident începând de la 30-36 luni, primele simptome apar uneori după un interval liber de 12-18 luni, dar cel mai frecvent semnele prodromale pot să atragă atenția încă din primele 12 luni.

3.1. — EPIDEMIOLOGIE

Prevalența oscilează între 0,7/10 000 și 13,9/10 000 cu o medie de 5/10 000 (Fombonne 1995). Această variație depinde evident de criteriile diagnostice.

Proporția medie pe sexe de 3 băieți pentru o fată tinde să se egalizeze în cazul deficienței mintale asociate.

În medie, doar un sfert dintre autiști au un coeficient de inteligență în zona de normalitate (QI mai mare sau egal cu 70). Deși modelul autistului „inteligent" nu este fals, totuși el nu reprezintă majoritatea situațiilor clinice.

3.2. — DESCRIERE CLINICĂ

Sindromul autist tipic

Constituit progresiv în cursul celui de-al doilea an, acest sindrom devine patent spre 2-3 ani. Atunci se observă:

Tulburări ale contactului. — Se notează alterări ale interacțiunilor sociale conducând la izolare: refuz sau fugă de contactul vizual, absența expresiei faciale și a schimbării mimicii, absența contactului și a schimbării tonice (dialogul tonico-postural). Copilul autist nu caută să intre în contact, să atragă atenția, să acroșeze privirea, nu-i imită pe ceilalți. Nu există exprimare a plăcerii, împărtășirea interesului, absența pointing-ului. În cel mai bun caz, celălalt este folosit ca parte din sine (a lua mâna adultului) sau printr-un segment izolat al corpului (păr, orificii faciale). Privirea pare goală, îndepărtată, în altă parte.

Tulburările comunicării și limbajului. — Limbajul nu apare la vârsta obișnuită și această absență a limbajului nu se însoțește de nici o încercare de comunicare gestuală sau mimică. Nu există jocul „ca și cum", și nici jocul imitării sociale.

Când apare limbajul, se observă anumite particularități: în afară de retard, există o ecolalie imediată sau întârziată (repetarea ca un ecou a ceea ce tocmai a spus interlocutorul), o prozodie particulară monotonă, sacadată, factice, o inversare a pronumelor (utilizarea lui „tu" sau al prenumelui pentru a se numi pe sine); sintaxa rămâne adesea săracă, întârziată, exprimarea emoțiilor (bucurie, plăcere, surpriză, furie) este cel mai frecvent absentă, cu excepția exprimării angoasei. Deși nivelul de înțelegere a limbajului este în mod obișnuit superior celui de expresie, se observă totuși anomalii: copilul înțelege mai ales ordinele simple, cuvintele concrete, comenzile de a realiza o sarcină simplă. Schimburile mai complexe (cuvintele abstracte care au de-a face cu calitatea emoțiilor, glumele, întrebările...) determină în cel mai bun caz o perplexitate și în cel mai rău un refuz.

Reacțiile bizare și restrângerea intereselor. — Reacțiile de angoasă, de agresivitate sau de aparentă furie pot să apară cu ocazia schimbărilor mediului (modificarea unei mobile, schimbarea traseului obișnuit, absența unei jucării, schimbarea pieptănăturii) sau unei surprize (zgomot neașteptat, sosirea unui străin). Aceste manifestări de furie, angoasă sau disperare pot să apară de asemenea ca răspuns la o frustrare, o interdicție sau o tentativă insistentă a adultului de a intra în contact. Obișnuințele sau ritualurile în aparență golite de semnificație simbolică domină viața cotidiană, impunând un cadru al vieții cu alură imuabilă și robotizată. Punctele de interes sunt restrânse și stereotipe în direcția obișnuințelor motorii sau de obiect bizare: manierism motor stereotip și repetitiv (bătăi și torsiuni ale mâinilor, legănat, mers pe vârfurile picioarelor, învârtit ca un titirez, mișcări complexe ale corpului); folosirea anumitor obiecte (pietre, fire, fragmente de jucării) sau cu întrebuințare schimbată (roata unei mașinuțe învârtită la nesfârșit); interes pentru un aspect limitat al obiectelor (de exemplu mirosul asociat cu un comportament de adulmecare, senzația de suprafață cu un interes pentru obiectele rugoase, atitudini de grataj, atracția pentru vibrație sau pentru zgomot pe care le reproduce indefinit). Jocul simbolic, jocul de imitare, jocul implicând situații sociale obișnuite nu există sau există foarte puțin.

Modularea senzorială și motorie. — Se observă o hipo– sau o hiperreactivitate la stimuli senzoriali cu căutarea unor asemenea stimuli de către mulți dintre copiii autiști: să facă obiecte să cadă pe jos, să se balanseze, să bată din palme, să se învârtească, să facă zgomote cu gura, cu gâtul, să-și sugă limba, să țină un obiect în gură... Dimpotrivă, există o frecventă indiferență la lumea sonoră, în special la zgomotele sociale (copilul nu răspunde când este chemat) și un interes pentru zgomotele și sonoritățile particulare: atracție pentru un zgomot (aspirator, curgerea apei...), o muzică sau un cântec, foșnitul hârtiei... Anumite zgomote pot suscita reacții de spaimă, panică, furie, mai ales când acestea îl surprind pe copilul autist.

Aceeași ciudățenie poate să existe și în domeniul gustativ (manierisme alimentare, gusturi exclusive adesea neobișnuite: oțet), vizual (atracție pentru o culoare, o strălucire, o formă, un reflex...).

Motricitatea poate să fie limitată, copilul părând țeapăn, inert, fără inițiativă

motorie. Din contră, poate să apară ca agitat, mişcându-se fără încetare, cu posturi şi regularităţi motorii neobişnuite sau bizare (cu alură sacadată, mecanică).

Funcţiile intelectuale. — În ciuda „expresiei inteligente" semnalată de Kanner, aceşti copii au adesea niveluri de performanţă globală scăzute, cu profiluri heterogene: performanţele video-spaţiale şi de memorizare sunt în general mai bune decât capacităţile de raţionament, de elaborare a informaţiei. Majoritatea dintre ei prezintă un coeficient intelectual non-verbal mai mic de 70 şi global mai mic de 55, chiar dacă există unii autişti cu un nivel normal. Există un decalaj frecvent dacă nu constant în favoarea testelor non-verbale cu o mare heterogenitate intrascalară.

Semnele precoce de autism

Dacă diagnosticul este destul de evident începând de la 2-3 ani, în clinică este de dorit să fie reperaţi copiii cu risc de autism încă de la cele mai mici vârste. Analiza clinică retrospectivă şi, în plus, vizionarea filmelor familiale (Malvy şi colab., 1977) arată existenţa frecventă a semnelor precoce.

De la 0 la 6 luni. — Se pot regăsi distorsiuni precoce ale interacţiunii: bebeluşul cuminte care nu plânge niciodată, nu cere, bebeluşul care „se face uitat"; tulburări tonice sub forma hipotoniei şi în plus absenţa dialogului tonic începând de la 2-3 luni, fără tonus sau gest anticipator; din contră, atitudinea hipertonă cu gesticulare neîncetată, incapacitatea de a se linişti când este ţinut în braţe; desprinderea frecventă a privirii care poate îmbrăca repede aspectul unei evitări a privirii; strabismul este frecvent; tulburările de somn cu insomnie în general liniştită (bebeluş mai de grabă inert, cu ochii mari deschişi aşteptând în patul său); tulburări de alimentaţie (absenţa sucţiunii, anorexie); absenţa zâmbetului voluntar începând cu 3 luni, cu menţinerea unei figuri serioase aproape rigide.

De la 6 la 12 luni. — Manifestările precedente se confirmă şi influenţează calitatea interacţiunii mamă–bebeluş; absenţa dialogului tonic devine manifest cu absenţa braţelor întinse (când copilul este luat în braţe), absenţa mimicii (în special absenţa ritualului de întâmpinare la trezire); copilul este hipoton (păpuşă de paie) sau din contră hiperton, rigid (bucată de lemn) părând să refuze contactul; activităţile stereotipe apar şi particularitatea lor este de a persista până la a se accentua atunci când adultul vine lângă copil (spre deosebire de acelea ale jocului cu mâinile observabile la 5-6 luni, tranzitorii şi mai ales întrerupându-se atunci când i se propune o activitate); evitarea privirii poate deveni manifestă, activă, intensă; absenţa mimicii, absenţa frecventă a gânguritului şi vocalizelor, aerul serios, dau acestui copil un stil de relaţionare mecanic; se observă adesea o absenţă de reacţie faţă de străin şi o aparentă indiferenţă la separări şi regăsiri.

De la 12 la 24-30 luni. — Tabloul clinic se constituie treptat, marcat de absenţa limbajului, dar mai ales de absenţa precursorilor limbajului: absenţa punctării proto-declarative (această punctare implică o asociere a atenţiei vizuale şi a atenţiei conjugate) atunci când sublinierea proto-imperativă (punctarea obiectului **fără** atenţia conjugată) poate să existe. Absenţa sau refuzul atenţiei conjugate devine patentă la această vârstă.

Tulburările funcţionale (tulburări de somn, tulburări alimentare) pot persista; stereotipiile, manierismul gestual, interesul exclusiv pentru obiecte bizare (sfoară, bucăţi de obiect) se accentuează.

Din partea părinţilor şi mai ales a mamei, există plângeri frecvente. — „Copilul nu este normal", „nu este ca ceilalţi" (atunci când există fraţi mai mari). Părinţii au adesea sentimentul confuz că nu sunt recunoscuţi de acest copil, trăit cu o senzaţie de jenă şi de disconfort în cadrul interacţiunii. Nu rareori vin la consultaţie pentru aceste motive. Această plângere trebuie auzită ca o percepţie precoce din partea părinţilor despre copilul lor care nu se integrează cu ei aşa cum este de aşteptat în mod obişnuit. Dacă uneori această plângere traduce o excesivă anxietate parentală, ea trebuie să provoace vigilenţa clinicianului şi să conducă la cercetarea activă a semnelor precoce mai sus evocate.

Formele clinice

Autiştii cu „nivel înalt". — Tulburările de comunicare şi de relaţie apar în primul plan, chiar când performanţele cognitive pot să fie normale sau chiar foarte bune într-un sector: capacitate de memorizare excepţională (calculatori miraculoşi ai calendarului), de calcul, interes într-un domeniu senzorial (desen, muzică). Totuşi acest avantaj sau interes are un aspect repetitiv, stereotip şi nu implică tentative de comunicare sau de împărtăşire, cel puţin în mod spontan. Aceşti copii acced adesea la limbaj chiar dacă păstrează mult timp particularităţi (v. 3.2.). Sindromul Asperger, individualizat de clasificările DSM şi CIM, este foarte apropiat de această descriere (v. 3.4.).

Polihandicapul şi sindroamele neurologice asociate. — Existenţa concomitentă a manifestărilor clinice de alură autistă şi a tulburărilor multiple (tulburări neurologice tip encefalopatie neonatală, deficit cognitiv profund, deficit senzorial: vezi *infra*) este frecventă.

În Franţa se estimează de la 3 la 1000 frecvenţa acestor polihandicapuri, frecvenţă care creşte şi mai mult dacă se includ şi deficienţele mintale medii.

Coexistenţa manifestărilor autiste şi a tulburărilor asociate este diferit interpretată (tulburări specifice sau simplă asociere) şi doar evoluţia poate permite diagnosticul diferenţial. Bineînţeles că în aceste forme un bilanţ amănunţit al

diverselor deficite asociate precum şi colaborarea altor specialişti se dovedesc indispensabile.

3.3. — DIAGNOSTIC DIFERENŢIAL

Surditatea

Absenţa limbajului şi a reacţiei evidente la voce şi la alte stimulări auditive pune adesea problema surdităţii. În caz de surditate izolată, există o dorinţă de comunicare non-verbală (gesturi, privire). Totuşi, asocierea surditate-autism nu este excepţională. Bilanţul complementar (Potenţiale Evocate Auditive) devine un ajutor necesar, dar în caz de manifestări clinice autiste cel mai frecvent este necesară o dublă evaluare.

Disfaziile grave

Perturbări grave ale limbajului, disfaziile sunt teoretic izolate (v. cap. 6, 3). Totuşi tulburările de personalitate uneori primare dar mai frecvent secundare dificultăţilor de comunicare (impulsivitate, retragere relativă...) pot induce în eroare. Totuşi, copiii grav disfazici păstrează competenţe relaţionale în afara limbajului (imitaţia, interesul împărtăşit pentru sarcini concrete) şi capacităţi de expresie emoţională care îi disting net. În schimb, aceşti copii prezintă dificultăţi majore în învăţarea grafomotorie în special la nivel de secvenţe ritmice, chiar dacă se arată uneori avizi să utilizeze simboluri grafice elementare (pictograme).

Carenţa afectivă şi depresia bebeluşului

Cu cât copilul este mai mic, cu atât mai greu se poate pune un diagnostic diferenţial. Sindromul de retragere a sugarului apare ca expresie simptomatică comună pentru diferite situaţii: un bebeluş prea cuminte, pasiv, inert, existenţa stereotipiilor extremităţilor, un deficit de expresie mimică, tulburări de tonus se pot vedea în cazul depresiei anaclitice sau a carenţei afective grave (v. cap. 18, 2.3. şi cap. 22, 1.).

Dacă, teoretic, capacităţile de comunicare sunt păstrate, ele pot fi mascate sau îngreunate de retragere şi intensitatea inerţiei motorii. Totuşi, faptul de a intra în comunicare aduce cu sine în general o reducere a comportamentelor de izolare şi de retragere la copilul mic carenţat sau deprimat, chiar dacă aceeaşi instanţă accentuează adesea manifestările de retragere la copilul autist.

Contextul mediului rămâne unul dintre elementele cele mai importante ale diagnosticului diferenţial, la fel ca şi evoluţia sub efectele îngrijirii.

Asocierea encefalopatiei şi a sindromului autist

Numeroase afectări encefalopatice, de etiologie cunoscută sau imprecis cunoscută, pot fi acompaniate de un sindrom autist, punând astfel limite nosografice acestei entităţi. De fapt, există toate stadiile intermediare, de la existenţa câtorva semne neurologice sau malformaţii asociate fără ca un diagnostic precis să poată fi pus la starea actuală a cunoştinţelor, până la descrierea tablourilor clinice precise (sindromul X fragil, Angelman, Williams). Explorarea complementară (v. 3, 4) trebuie să ţină cont de aceste date. În schimb, sindromul Rett (v. 4, 2) rămâne în mod tradiţional în cadrul psihozelor infantile precoce.

3.4. — EVALUARE ŞI EXAMENE COMPLEMENTARE

Nu există, la ora actuală, un examen complementar care să permită **punerea cu certitudine** a diagnosticului de autism infantil. Nici un examen clinic şi paraclinic nu a putut face dovada „semnelor patognomonice" pentru autism. Diagnosticul se pune deci pe:

– identificarea clinică atentă a simptomelor cu ajutorul scalelor şi chestionarelor;

– evaluarea diverselor linii de dezvoltare frecvent implicate;

– examene complementare alese cu discernământ când unul dintre semnele clinice justifică o explorare mai aprofundată într-un domeniu specific.

Aceste explorări în domeniul clinicii cotidiene trebuie să fie diferenţiate de multiplele explorări întreprinse în aria cercetării.

Scale şi chestionare (v. cap. 3, 3.)

Aceste scale (scalele Rimland, Scala Comportamentului Autist: SCA Barthélemy şi Lelord, Scala Comportamentului Autist al Sugarului SCA-S Sauvage) sunt utile din mai multe motive:

– la examenul iniţial pentru a se asigura un examen complet;

– pentru a defini un profil specific şi starea exactă a dificultăţilor la primul examen;

– pentru a evalua evoluţia prin aplicări regulate;

– pentru a stabili obiectivele îngrijirii şi a evalua eficacitatea terapiilor aplicate;

– pentru a dispune de o modalitate care să permită un schimb cu părinţii.

Fără a sărăci relaţia clinică, aceste scale constituie în realitate atât elemente de reper utile clinicienilor şi diferiţilor profesionişti implicaţi, cât şi elemente în relaţia cu părinţii copilului.

Bilanțuri clinice complementare

Fără să le detaliem aici, este esențial să se evalueze manifestările simptomatice, dar și nivelul de dezvoltare, cu ajutorul unei serii de bilanțuri specializate:

– *bilanțul ortofonic* evaluând, pe de o parte, auzul în situații relaționale și nivelul limbajului în aspectele sale fonologic, lexical, sintactic, semantic, pragmatic, prozodic;

– *bilanțul psihomotor* pentru a evalua eventualul retard, particularitățile echilibrului și ale cineticii tonico-posturale (postură bizară, mișcări anormale, dispraxie etc.);

– *bilanțul neurologic și pediatric* cercetând, pe de o parte, manifestări neurologice discrete, dar mai ales sindroame epileptice asociate. Asocierea epilepsie–sindrom autist pare frecventă (20 până la 80% după criteriul reținut) (v. cap. 15, 3.5.) pe lângă manifestările electroencefalografice anormale (v. mai departe). În unele cazuri sindroamele autiste secundare sau asociate au fost descrise după un sindrom West sau Lennox-Gastaud (v. cap. 15, 2.4.).

Pe lângă epilepsie, toate encefalopatiile deficitare ale copilului se pot asocia mai mult sau mai puțin cu manifestări autiste (sindrom X fragil, Angelman, Williams etc.). Este deci important **ca atunci când un semn clinic deosebit atrage atenția** (malformații particulare, obiceiuri motorii specifice și ciudate, antecedente familiale etc.) să se completeze bilanțul într-un domeniu specific. Trimitem cititorul la capitolul 14, 2.

Examene complementare

Reamintim că nu există până în prezent examene complementare care să aducă „dovada" autismului infantil. S-a căzut de acord să se efectueze examenele complementare necesare pentru completarea unui bilanț clinic atunci când se semnalează un element care justifică acest lucru (bilanț audiofonologic cu Potențiale Evocate Auditive în cazul ipotezei unei surdități asociate, bilanț genetic în cazul malformațiilor particulare etc) și explorările paraclinice efectuate în cadrul unei cercetări. Amintim din nou că până în prezent nici o etiologie precisă nu a putut să fie afirmată ca fiind la originea **ansamblului** sindroamelor specifice. Starea actuală a cercetărilor pare a fi orientată mai de grabă către o pluralitate de anomalii posibile care, fiecare, ar putea fi la originea unei forme specifice, fără a se putea totuși afirma că astfel de anomalii ar fi constante.

Nu detaliem aceste diverse examinări, fiind citate în paragraful consacrat ipotezelor etiologice organice, precizând simplu că aceste explorări trebuie să fie efectuate de către echipe specializate și se înscriu într-un demers științific coerent și acceptat din punct de vedere etic.

4. — ALTE PSIHOZE INFANTILE PRECOCE

Pe lângă sindromul autist caracteristic, principalele clasificări (DSM, CIM) descriu câteva entități rezumate succint mai departe.

4.1. — AUTISMUL „ATIPIC"

Se caracterizează printr-o vârstă de apariție după 3 ani sau prin absența unor simptome din unul din cele trei domenii (interacțiuni sociale, comunicare, comportament retras, repetitiv, stereotip). Se observă foarte frecvent la copiii care prezintă un retard mintal profund.

4.2 — SINDROMUL RETT

Este vorba despre o encefalopatie evolutivă non-congenitală, de etiologie încă necunoscută (tulburare metabolică, tulburări ale unui neurotransmițător, virus lent) afectând în special fetele. Criteriile de diagnostic sunt următoarele (Aicardi și colab.):

– dezvoltare neurologică și mintală normală în primele 7-18 luni de viață;

– stagnarea dezvoltării începând cu această vârstă, urmată de o deteriorare mintală și comportamentală rapidă, conducând la o stare de demență cu autism în mai puțin de 18 luni;

– pierderea manipulării voluntare înlocuită prin stereotipii ale mâinilor (dintre care unele apar ca fiind caracteristice: frecarea mâinilor încrucișate în fața pieptului, lovirea dinților cu degetele îndoite);

– ataxia trunchiului și mersului;

– microcefalie dobândită;

– perioadă prelungită de stabilizare aparentă cu apariția insidioasă a anomaliilor neurologice (sindrom piramidal moderat, epilepsie, tulburări vasomotorii...);

– sex feminin, dar au fost descrise și câteva cazuri masculine.

Unele conduite frecvente în autismul infantil nu se observă în sindromul Rett, mai ales: obiceiurile stereotipe de joc, învârtirea obiectelor, refuzul contactelor corporale și a semnelor de afecțiune împărtășite, hiperactivitatea motorie, atașamentul excesiv de unele obiecte.

Nu există un tratament specific cunoscut. Dacă o susținere psihologică a

părinţilor poate să apară necesară, este evident că abordarea terapeutică a copilului trebuie să ţină cont de diagnosticul acestui sindrom.

4.3. — SINDROMUL ASPERGER

Constituie o entitate clinică a cărei validitate este discutabilă: este vorba despre un sindrom autist care se caracterizează prin absenţa retardului şi a deficienţei de limbaj sau de dezvoltare cognitivă. Cu toate că nivelul intelectual este normal sau superior, aceşti subiecţi par neîndemânatici şi handicapaţi în plan social şi interactiv. Evoluţia nu se face către un deficit cognitiv, ci mai de grabă către persistenţa tulburărilor şi apariţia uneori la adolescenţă a episoadelor psihotice.

4.4. — ALTE TULBURĂRI DEZINTEGRATIVE ALE COPILĂRIEI

Caracteristica lor este apariţia după o perioadă de dezvoltare normală şi faptul de a se asocia cu o regresie a achiziţiilor simultan cu apariţia manifestărilor simptomatice ale autismului. Pierderea achiziţiilor afectează în special comunicarea şi limbajul. Se apropie foarte mult de conceptul de „demenţă", caracteristic psihozelor adultului (v. de asemenea: psihozele celei de-a doua copilării).

Explorarea neuropediatrică întotdeauna indispensabilă exclude eventualele etiologii neurodegenerative la care este bine să ne gândim cu prioritate. Evoluţia este adesea nefavorabilă, cu retard mintal sever, deşi recuperări parţiale şi reluarea dezvoltării sunt posibile.

4.5. — LIMITELE CLASIFICĂRII DESCRIPTIVE

Dificultatea studiului sindromic al psihozelor infantile ţine desigur parţial de marea lor diversitate, dar mai ales de ambiguitatea încadrării nosografice. De fapt, dacă între autori se poate stabili în mare un acord atunci când aceştia descriu o conduită specifică, în schimb în identificarea şi izolarea unui sindrom intervin date de nivel foarte inegal: dacă sindromul nu este uneori, după modelul medical tradiţional, decât un simplu ansamblu de conduite în mod regulat corelate unele cu altele (autismul descris de Kanner), în realitate el traduce adesea ipotezele teoretice utilizate de autor, chiar dacă se confruntă cu un fel de tautologie în care

explicaţiile teoretice dau seamă de un sindrom care el însuşi a fost izolat plecând de la aceste premise teoretice: **psihoza simbiotică** descrisă de M. Mahler este un astfel de exemplu: *„copiii din grupa simbiotică prezintă rar tulburări evidente de conduită în timpul primului an, mai puţin poate tulburările de somn... reacţiile (patologice) se manifestă în cel de-al treilea sau al patrulea an... s-ar părea că creşterea maturativă a coordonării motorii care poartă inevitabil în ea sfidarea independenţei provocă o îngustare a realităţii...(se observă) o neregularitate a creşterii şi o vulnerabilitate a Eului la orice frustrare minimă. Anamneza acestor copii lasă să se vadă cu claritate reacţii extreme la eşecuri minore... de exemplu, ei abandonează locomoţia timp de luni de zile deoarece au căzut o dată"* (M. Mahler: Psihoze infantile, Ed. Payot, p. 76-77).

Cităm acest pasaj ca ilustrare a demersului teoretico-clinic al lui M. Mahler: el arată cu claritate cum sunt decriptate simptome datorită presupoziţiei teoretice, care serveşte apoi organizării tabloului clinic. Astfel evoluţia psihozelor simbiotice este descrisă ca o succesiune de manifestări afective ambivalente, când căutare imperioasă a contactului afectiv cu celălalt care ia repede o alură fuzională, când reacţie de angoasă şi fugă în faţa ameninţării reprezentate de această aglutinare fuzională. Ambivalenţa pusă în mişcare de afecte este extremă: copilul poate muşca şi îmbrăţişa în acelaşi timp, mângâia şi ciupi...

În acelaşi fel, F. Tustin îşi centrează cercetările şi apoi clasificările pe studii ale conduitei autiste şi ale funcţiilor sale defensive. Descrie trei tipuri de autism:

– **autismul primar anormal,** care este prelungirea autismului primar normal: se întâlneşte în special în cazurile de carenţă afectivă gravă (apropiat de hospitalismul descris de Spitz);

– în **autismul secundar de carapace** (ASC) copilul pare să construiască un fel de carapace în jurul eului său la fel ca un crustaceu. Fuga de contact este extremă. Expresia clinică a ASC este apropiată de autismul infantil de tip Kanner;

– **autismul secundar regresiv** (ASR) se caracterizează printr-o regresie protectoare faţă de teroarea non-eului, necunoscutului. Fragmentarea, dispersia şi clivajul sunt mecanisme prevalente. Tabloul clinic, în care domină confuzia între reperele atât interne cât şi externe, este apropiat de „alte psihoze precoce", descrise mai sus sau de ceea ce L. Bender numeşte schizofrenie infantilă.

În literatura de limbă franceză, problema pusă de psihozele precoce, în afară de autismul de tip Kanner, pare să fie dominată de relaţiile dintre simptomele psihotice, dezvoltarea personalităţii şi manifestările din seria deficitară.

Misès a propus conceptul de „**dizarmonie psihotică**" reluat în clasificarea franceză (CFTMEA, 1987) pentru a descrie tablouri complexe ce apar la copiii de 3-4 ani şi asociate cu tulburări ale stării afective cu anxietate (anxietate, fobii multiple, variabilitate emoţională), o alterare a comportamentului şi a relaţiilor sociale (dezinteres, repliere pe sine, relaţii dificile cu fraţii, lipsă de empatie şi

de înţelegere a celuilalt...), tulburări cognitive variabile (confuzie realitate/imaginar, tulburări ale învăţării, gândire de alură magică, trăiri persecutorii sau omnipotente...). Ansamblul reprezintă un tablou cu limite semiologice imprecise, dar care îşi găseşte coerenţa în descrierea unei funcţionări psihice dominată de mecanisme psihotice (v. 4. 1.), conservând totuşi capacităţile de adaptare la realitate şi de control al izbucnirilor fantasmatice sau al afectelor. Această entitate ale cărei limite şi validitate au putut să pară contestabile se apropie totuşi de descrierile recente care încearcă să trieze mai bine grupele de „tulburări pervazive de dezvoltare nespecifice“ (DSM-IV, CIM 10), categorie „reziduală“ în care se regăseşte un număr deloc neglijabil de subiecţi. Astfel Towbin (1997), Volkmar, Klein şi Cohen (1997) descriu un tablou denumit „tulburări complexe şi multiple de dezvoltare“ care prezintă analogii incontestabile cu „dizarmoniile psihotice“ (Tordjman şi colab., 1997).

În sfârşit, Misès izolează în acelaşi timp **„psihozele precoce cu expresie deficitară“** caracterizate printr-un nivel de eficienţă foarte scăzut. Totuşi, nu este vorba de un criteriu distinctiv faţă de autismul de tip Kanner, deoarece şi acolo eficienţa este foarte fragilă. Importanţa luării în considerare a deficitului pare să aibă o dublă origine: pe de o parte, modalitatea de recrutare, esenţialmente instituţională a populaţiilor studiate, pe de altă parte, locul considerabil pe care l-a ocupat întotdeauna problema debilităţii şi ecranul pe care acest diagnostic îl plasează înaintea oricărei cercetări psihopatologice, datorită frecventelor presupoziţii organice.

Meritul unor autori ca Misès sau Lang este de a fi ştiut să clarifice această reciprocitate între factori din seria deficitară şi factori din seria psihotică. Constatarea unui deficit mintal nu trebuie să blocheze demersul clinicianului înspre o cercetare etiologică unică, ci să-l incite către evaluarea sursei psihopatologice a acestui deficit în cadrul funcţionării mentale.

În plan clinic, toate modalităţile de amenajare simptomatică sunt posibile, de la tabloul dominat de polul deficitar (v. cap. 9, 3.3.) la cealaltă extremitate, tabloul dominat de perturbările relaţionale şi afective de tip psihotic: izolarea cadrului nosografic prea riguros devine în acest caz factice şi aleatorie.

4.6 — FORMELE „DE LIMITĂ“

Nu vom face decât să reamintim aici vastul câmp al patologiei „intermediare“ dintre organizările nevrotice şi organizările psihotice: în orice caz, raportul cu realitatea pare parţial păstrat, dar natura relaţiilor stabilite, modul de amenajare a defenselor, trăirea fantasmatică apropie aceste forme de ceea ce se observă în psihozele infantile.

Aparţin acestui domeniu (v. cap. 20):
- dizarmoniile evolutive cu elemente psihotice;
- distimiile grave;
- prepsihozele şi stările limită;
- parapsihozele;
- organizările caracteriale grave.

Această enumerare nu este exhaustivă.

5. — EVOLUŢIA PSIHOZELOR PRECOCE

Dată fiind diversitatea semiologică, divergenţele psihopatologice, multiplicitatea ipotezelor etiopatogenice, nu ne vom mira de variabilitatea evolutivă a psihozelor infantile.

Din ansamblul studiilor consacrate acestei probleme, vom reţine aici doar marile direcţii. În plan pur descriptiv se observă global evoluţiile următoare.

5.1. — EVOLUŢIE CĂTRE DEBILITATE PROFUNDĂ SAU SEVERĂ

Această evoluţie este marcată de persistenţa sau agravarea non-investirii cognitive iniţiale. Aceste cazuri evoluează către tabloul encefalopatiilor infantile, păstrând uneori unele trăsături specifice.

5.2. — EVOLUŢIE CENTRATĂ PE AUTISM

Se observă o menţinere a stării iniţiale „a-relaţionale“. Limbajul poate să fie achiziţionat, dar rămâne bizar, asintactic, inversiunea pronominală este regula. Intensitatea autismului constituie o barieră în calea încercărilor de şcolarizare sau de inserţie profesională în ciuda unei investiri cognitive uneori parţial conservate.

În cele două cazuri precedente, la vârsta adultă tabloul clinic va fi acela al unei psihoze deficitare sau unei psihoze schizofrenice dominată de simptome autiste. Dependenţa instituţională este în general completă, adultul neajungând la autonomie (hospitalism cu timp integral) sau doar parţial (spital de zi cu program prelungit). Această evoluţie se produce la aproximativ un sfert din cazuri (Manzano şi colab.).

5.3. — AMELIORARE PARŢIALĂ

Simptomatologia evoluează:

– fie către conduite mentalizate de tip fobic sau mai ales obsesional mai mult sau mai puţin handicapante care traduc tentative de închistare şi de control intern de către subiect a ameninţării de dezintegrare;

– fie către apariţia tulburărilor majore de comportament de tip caracterial grav sau psihopat care traduc tentativele de proiecţie asupra exteriorului ale aceloraşi pulsiuni distructive.

În aceste ultime forme depăşirea adolescenţei pare deosebit de dificilă, dar constituie în acelaşi timp, prin reelaborarea pulsională pe care o suscită, o posibilă şansă de remaniere. Nu este rar ca adaptarea şi toleranţa reciprocă dintre copil şi mediul său familial să fie brusc întrerupte. În unele cazuri, aceste evoluţii temporar haotice permit totuşi o reelaborare a organizării fantasmatice şi o relativă degajare în raport cu procesul psihotic, finalizându-se în stări „cicatriceale“ care pot permite o viaţă socială cu preţul unei discrete „bizarerii“.

La vârsta adultă, aceşti pacienţi intră în cadrul „tulburărilor de personalitate“ cu un deficit cognitiv mai mult sau mai puţin sever, dar frecvent. Inserţia socio-profesională este precară, adultul rămâne adesea dependent de mediile protejate sau specializate (CAT). Această evoluţie apare în medie la un sfert dintre pacienţi.

5.4. — EVOLUŢII FAVORABILE

Se observă uneori: regresia relativă a autismului, achiziţia limbajului, adaptarea socială suficientă pentru a permite şcolarizarea şi ulterior o activitate profesională. Astfel, din 11 pacienţi descrişi de Kanner în 1943, doi au ajuns la o inserţie profesională şi unul şi-a întemeiat o familie. Totuşi, în afara autismului propriu-zis de tip Kanner, unii autori au constatat destul de frecvent evoluţii favorabile în ansamblul psihozelor infantile. Astfel, după opinia lui Manzano şi colab., majoritatea pacienţilor vor deveni adulţi capabili de o inserţie socio-profesională şi de o adaptare psihosocială normală sau aproape de normalitate. Aceşti pacienţi ar intra în cadrul „tulburărilor de personalitate“, dar fără deficit intelectual.

5.5. — FACTORI DE PROGNOSTIC NEFAVORABIL

Din ansamblul studiilor catamnestice (Kanner, Eisenberg, Rutter, Goldfarb, Bender, Lebovici, Duché etc.) s-au putut izola unii factori care par a avea o reală valoare prognostică. De fapt, în plan calitativ, autorii regăsesc frecvent cinci tipuri de factori responsabili de un prognostic nefavorabil.

Existenţa factorilor organici *asociaţi cu psihoza infantilă*

Este vorba nu numai despre o atingere neurologică (Goldfarb), dar şi de factori de morbiditate generală (prematuritate, naştere dificilă) sau de episoade somatice (deshidratare: Rivière, Jeammet).

Absenţa limbajului după 5 ani (Kanner, de Meyer) sau învăţarea sa foarte întârziată.

Profunzimea retardului intelectual încă de la prima evaluare (Rutter): cu cât deficitul inţial este mai profund, cu atât prognosticul este mai sumbru.

Precocitatea apariţiei tulburărilor

Cu cât psihoza este recunoscută mai devreme, în special înainte de 2-3 ani, cu atât evoluţia spre persistenţa autismului grav sau evoluţia profund deficitară este de temut (Bender). Totuşi se pare că această evoluţie global progresivă şi regulată protejează copilul de decompensările acute mai frecvente în psihozele cu apariţie mai tardivă (Rivière şi colab.).

Calitatea familiei (Bender)

Existenţa unei patologii psihiatrice parentale, părinţi separaţi sau absenţi, în mod special lipsa suportului matern, sunt factori de prognostic prost.

Factorii de prognostic favorabil sunt opuşi celor precedenţi, în special intervalului întârziat al apariţiei. Unii autori (Lebovici) au subliniat că existenţa fobiilor sau a manifestărilor obsesionale pot să apară ca un factor de prognostic relativ bun, evitând în special evoluţia deficitară.

Natura tratamentului ar influenţa de asemenea evoluţia. Manzano şi colab. subliniază importanţa menţinerii cadrului familial atunci când acesta este satisfăcător şi rolul pozitiv al unei relaţii terapeutice de lungă durată cu aceeaşi persoană de-a lungul aproape a întregii copilării şi adolescenţe.

6. — PSIHOZELE CELEI DE-A DOUA COPILĂRII SAU PROBLEMA SCHIZOFRENIEI INFANTILE

Grupăm aici psihozele copilului, ale căror semne manifeste apar între 5-6 ani şi 12-13 ani. Ele sunt mult mai rare decât psihozele precoce.

În unele situaţii clinice destul de rare, conduitele psihotice cele mai manifeste survin după o copilărie mică în aparenţă normală. Totuşi este bine să păstrăm anumite rezerve faţă de această normalitate şi faţă de apariţia unui proces de destructurare analog celui observat în patologia adultului. De fapt ancheta anamnestică permite frecvent regăsirea unor semne care atestă o distorsiune precoce în una sau alta din liniile maturative: anorexie precoce şi rebelă, tulburări grave de somn, faze de angoasă extremă la începerea grădiniţei, docilitate şi submisiune excesive, ritualuri obsesionale persistente şi invazive... Nu este rar faptul ca aceste tulburări să fi fost banalizate de către familie şi medicul curant. Pe de altă parte, existenţa unui eveniment intermitent extern este adesea adus în prim plan de către părinţi ca factor declanşant, o dată cu o reconstrucţie idealizată a trecutului care şterge cu buretele dificultăţile anterioare. „Normalitatea" trecută adesea nu este în realitate decât proiecţia către exterior a angoasei parentale.

Totuşi, în raport cu alte psihoze precoce, aceste forme ale celei de-a doua copilării survin pe o personalitate mult mai bine structurată, care a atins un grad de maturizare net superior. Astfel, limbajul este deja elaborat, procesele cognitive au fost investite şi încep să se elibereze de gândirea magică, realul este perceput ca atare şi distinct de imaginar. Manifestările psihotice la această vârstă apar ca şi conduite regresive, chiar destructurante în raport cu atitudinile anterioare ale copilului.

Aceste forme clinice pun din nou problema schizofreniei infantile. Dacă apariţia acesteia pare excepţională, chiar improbabilă până la 6 ani (Werry, 1996), în schimb după această vârstă studiile retrospective ale schizofreniilor la adulţi arată frecventa apariţie încă din copilărie a tulburărilor de personalitate, a limbajului, a reglării tonicomotorii. Două fenotipuri clinice ale schizofreniei sunt din ce în ce mai frecvent descrise: unul marcat prin instalarea precoce a dificultăţilor de dezvoltare neuropsihologice, altul marcat printr-o aparentă normalitate a dezvoltării anterioare (Volkmar, 1996).

În toate cazurile, tabloul clinic se constituie în general progresiv şi în câteva luni se observă asocierea simptomelor următoare:

6.1. — REACŢIA DE RETRAGERE

Aceasta traduce autismul secundar: puţin câte puţin copilul îşi pierde tot interesul, rupe relaţiile cu amicii, se izolează din ce în ce mai mult în camera lui, refuză să iasă, îşi opreşte activităţile sportive sau culturale. Izolarea afectivă poate deveni extremă, cu indiferenţă, răceală a contactului. În unele cazuri, copilul îşi conservă mult timp o adaptare socială de suprafaţă, dar în general tulburările de comportament vor apărea: refuz şcolar fără motiv aparent, fugă nemotivată: rătăcire, vagabondaj, crize de furie sau de agresivitate... Această reacţie de retragere poate să meargă până la un apragmatism total şi chiar autosechestrare, conduită totuşi mai frecventă la adolescent sau la adultul tânăr. Uneori tulburările sunt mai puţin zgomotoase, dar relevă o ruptură de modalităţile vieţii anterioare: hiperinvestire într-un sector (colecţionări înverşunate, practicarea intensă a unui sport), modificarea conduitelor alimentare...

Contactul poate releva de la început o discordanţă, totuşi cu atât mai rar cu cât copilul este mai mic: bizarerie a contactului, râs discordant, baraje.

6.2. — CONDUITE MOTORII

Acestea se organizează în funcţie de doi poli (Misès).

Inhibiţie şi retragere

Această conduită dovedeşte o retragere autistă; aspect rigid, mimică săracă. Se pot observa atitudinile catatonice, ele fiind adesea tranzitorii şi marcând fazele de agravare.

Instabilitate şi agitaţie psihomotorie

Pot, dimpotrivă, să fie pe primul plan. În unele cazuri este vorba de o instabilitate veche care nu a putut fi niciodată controlată de copil. Pe acest fond de instabilitate survin frecvent episoade acute care par să decompenseze echilibrul fragil anterior: criză de agitaţie acută sau criză de furie cu comportament hetero– sau autoagresiv, fugi neîncetate sau incoercibile. În alte cazuri, excitaţia motorie întrerupe conduita obişnuită a copilului: la asta se adaugă adesea tulburări de somn (insomnie), un refuz alimentar, tulburări sfincteriene.

Se observă uneori o veritabilă dezorganizare a comportamentului cu apariţia unor conduite foarte impulsive. Acestea se pot limita la violenţă verbală (împotriva familiei, colegilor, profesorilor), dar se pot exterioriza uneori prin conduite periculoase: agresiuni violente asupra unui terţ, piromanie, conduite delincvente.

Trecerile la act sunt imprevizibile, necontrolabile: raționalizarea rece sau indiferența față de aceste conduite este regula.

Excitația psihică este mai rară, putând să semene cu excitația maniacală observată la adultul bipolar. Manifestările timice sunt de fapt frecvente (v. mai jos 6.6.).

6.3. — TULBURĂRILE LIMBAJULUI

Se înscriu uneori în continuarea tulburărilor precoce, dar în alte cazuri dezvoltarea limbajului a fost normală până în acel moment. Atunci se observă:

Posibilitatea mutismului secundar

Merge în paralel cu agravarea retragerii autiste. Puțin câte puțin, copilul încetează să vorbească, adesea mai întâi în afara cercului familial, apoi mutismul poate deveni total. Se observă uneori o menținere a activităților grafice și o posibilitate a comunicării prin scris sau desen (Diatkine).

Regresia formală a limbajului

Traduce adesea un episod acut: destructurarea organizării lingvistice cu apariția de anomalii identice cu cele din psihozele precoce (inversiune pronominală) putând să meargă până la o dezorganizare completă (întoarcerea la pronunțarea defectuoasă a literelor, limbaj autoerotic). În alte cazuri, se observă apariția neologismelor, a manierismelor verbale.

Hiperinvestirea limbajului

Această hiperinvestire pare destul de specifică pentru unele psihoze ale celei de-a doua copilării: căutarea unui limbaj adultomorf cu un control și o stăpânire absolute. Copilul poate să înceapă să învețe definiții din dicționar sau o nouă limbă... În toate cazurile acest limbaj hiperinvestit apare ca un obstacol suplimentar în comunicare și mai ales în schimburile afective.

6.4. — DEFICITELE INVESTIȚIEI COGNITIVE

În afară de formele deficitare care însoțesc evoluția unei psihoze precoce (v. 4.5), se observă uneori degradări bruște sau chiar prăbușirea capacităților intelectuale. Acestea sunt forme care duc în mod clasic la evocarea noțiunii de debilitate evolutivă (Targowla) sau de encefalopatie evolutivă mascată. Acest

cadru se leagă de acela al „psihozelor grefate“ (debilitate peste care se supraadaugă simptome psihotice). Substratul teoretic care susține toată această terminologie este faptul că primum movens al ansamblului de perturbări observate este legat de o etiologie organică care amenință integritatea sistemului nervos central.

În unele cazuri se constată, mai ales în faza acută, o prăbușire a eficienței care poate persista și după această perioadă inițială. Trebuie să menționăm că această sărăcire intelectuală apare adesea ca o apărare împotriva unei trăiri psihotice de fragmentare și de derealizare.

6.5. — TULBURĂRI DE ALURĂ NEVROTICĂ

Nu vom face decât să evocăm frecvența fobiilor cu aspect arhaic și a obsesiilor. Fobiile pot să fie invazive, schimbătoare sau din contră foarte fixe, raționalizate de copil și de către familia sa (v. cap. 17, 2.1.). Manifestările din seria obsesională par a fi foarte frecvente și caracteristice. Ritualurile pot să fie vechi (ritualuri de culcare), dar se îmbogățesc cu noi manifestări: ritualuri de aranjare, de curățare, de spălare (care susțin frecvent frici hipocondriace sau idei delirante de contaminare), de verificare (electricitate, gaz, ușă...), ritualuri de atingere, de evitare (să nu atingă ceva anume).

Dacă ideea obsesivă este rară, în schimb investirea obsesională a gândirii poate atinge interese exclusive în sector: interes pentru preistorie sau timpurile străvechi, pentru un anume personaj, pentru cifre, pentru mecanică, pentru calcul (calculator al calendarului...). Abordarea psihopatologică a conduitelor este înfățișată în capitolul 17, 2.2.

6.6. — MANIFESTĂRI TIMICE

Acestea sunt frecvent asociate, punând indirect problema psihozelor distimice (CFTMEA), a grupului de tulburări schizo-afective (CIM 10, DSM) și în plus pe aceea a apariției în copilărie a unei patologii bipolare (v. cap. 18, 5.) al cărei diagnostic este întotdeauna dificil la această vârstă. Prezența lor pune astfel problema limitelor și a sensului semiologiei depresive la copil (v. cap. 18, 2.).

Indiferent ce ar fi, se observă perioade de instabilitate majoră cu agitație sau hiperactivitate motorie, și mai rar psihică (manie), afecte de distrugere, ruină, de depresie, gânduri de moarte, chiar și de suicid, sentimentul de a fi respins (sentimente adesea accentuate prin respingerea obiectivă din partea colegilor), de a deveni nul (întărit prin scăderea eficienței școlare), de a pierde contactul cu realitatea...

6.7. — MANIFESTĂRILE RUPTURII DE REALITATE

Distincţia dintre fantasmă, reverie şi realitate se elaborează progresiv la copil (v. cap. 10, 1.). Se poate considera că înainte de 6 ani distincţia este prea fragilă, atât pentru a vorbi de minciună, cât şi de delir. Începând cu această vârstă, brusca invazie a gândirii prin manifestări delirante ideative sau senzoriale este posibilă, dar rămâne o eventualitate rară. În cursul episoadelor acute marcate de o angoasă extremă, se observă frecvent:

– bufee de angoasă hipocondriacă sau cenestezică: dureri de cap, de burtă, senzaţii somatice diverse, dureri de spate, de membre etc. Angoasele hipocondriace traduc fragilitatea trăirii corporale, sentimentul de transformare sau pericolul fragmentării;

– ideile delirante polimorfe apropiate adesea de o fantasmare prea uşor exteriorizată; acestea sunt vagi, labile, puţin consistente. Elementele cu tentă persecutivă sunt cele mai frecvente. Organizarea unui delir constituit, elaborat, este rară la copil, dar se poate observa mai ales atunci când anturajul familial joacă un rol facilitant;

– existenţa halucinaţiilor (percepţii senzoriale fără obiect) rămâne discutabilă pentru unii autori. Este adevărat că frecvenţa lor admisă depinde mult de rigoarea cu care sunt definite. Frontiera cu reveria imaginativă sau cu fantezia nu este întotdeauna uşor de determinat (v. cap. 10, 1). Halucinaţiile sunt cel mai frecvent auditive, apoi vizuale şi cenestezice. Destul de caracteristice atunci când sunt însoţite de o atitudine de ascultare, ele sunt în general puţin elaborate (strigăt, pocnet, ordin simplu).

7. — IPOTEZELE ETIOLOGICE: ASPECTUL GENETIC

Conform cu Carlier şi Roubertoux, vom distinge factorii genetici găsiţi în psihozele precoce şi cei proprii psihozelor celei de-a doua copilării.

7.1. — GENETICA PSIHOZELOR PRECOCE

Pornind de la copilul autist, studiul riscului la părinţi sau în fratrie este variabil. După Roubertoux, riscul de schizofrenie la ascendenţi ar fi nul. Experienţa noastră personală, clar limitată la câteva cazuri, vine împotriva unei asemenea afirmaţii (un băiat autist cu tată schizofren, un băiat autist cu tată şi bunică paternă schizofreni).

Riscurile înregistrate în fratrie oscilează între 1,6 şi 2,8%, clar superioare (× 188) riscurilor din populaţia generală ($8,6 \times 10^{-5}$). Totuşi, evaluarea statistică este afectată de numeroşi factori, mai ales copil încă mic, frecvente avorturi spontane la mama copilului autist. Pe lângă autismul tipic, autorii semnalează în plus în fratrie existenţa autismului atipic (Bolton şi colab., 1994: 2,9%), proporţie care este nulă în caz de trisomie 21. Această constatare a unui risc mai ridicat în fratrie nu permite distingerea clară a factorilor genetici propriu-zişi de factorii de mediu şi educativi.

Studiul pe gemeni (Rimland, 1964; Folstein şi Rutter, 1977) pune în evidenţă o concordanţă mai ridicată a autismului la gemenii monozigoţi (100% la Rimland, 36% la Folstein şi Rutter) faţă de gemenii dizigoţi. Mai recent, Bailey şi colab. (1996) găsesc o concordanţă de 69% la gemenii monozigoţi, în timp ce la dizigoţi este 0%. Aceste rezultate sunt în favoarea intervenţiei factorilor genetici, dar metoda nu permite tranşarea în favoarea unui mod de transmitere.

7.2. — GENETICA PSIHOZELOR CELEI DE-A DOUA COPILĂRII

Studiile genetice tind să pună în evidenţă faptul că grupele de psihoze infantile tardive este distinct de cel precedent.

Riscul la ascendenţi este variabil în funcţie de autori, putând să meargă de la 0% (Rutter) până la 43,3% (Bender). Totuşi categoriile nosografice adoptate de către L. Bender sunt foarte flexibile (probabil schizoidie?). Când se adoptă un criteriu mai strict şi cuantificabil (existenţa unui hospitalism psihiatric la ascendenţi), riscul este de 2,5% în medie. Acest risc este superior riscului mediu din populaţia generală (0,8%).

Riscul în fratrie variază de asemenea între 0,67% şi 9%, dar majoritatea autorilor nu precizează vârsta fratriei, nici la examinare, nici la începutul bolii.

Din ansamblul acestor studii asupra riscului morbidităţii, se poate spune că ele „tind să confirme caracterul familial al psihozelor infantile altele decât autismul, fără să fie posibil de spus dacă acest lucru este imputabil factorilor genetici sau factorilor comuni de mediu" (Carlier şi Roubertoux).

Studiul gemenilor se bazează în principal pe lucrarea lui Kallmann şi Roth, pe 52 de perechi. Concordanţa psihozelor infantile tardive este de 70% la monozigoţi şi de 17% la dizigoţi, procent analog celui care se observă în patologia adultului şi sugerând ipoteza unei continuităţi patogenetice între psihozele infantile tardive şi psihozele adultului.

7.3. — CONCLUZIE

Carlier şi Roubertoux concluzionează studiul lor prin remarcile următoare:
- analiza genetică arată că autismul infantil este o entitate nosografică diferită de celelalte psihoze infantile;
- psihozele tardive prezintă probabil o heterogenitate etiologică. Ipoteza unei heterogenităţi genetice trebuie să fie reţinută (mod de transmitere diferit conducând la acelaşi fenotip).

Autorii se arată în general extrem de prudenţi, se feresc de orice afirmaţie intempestivă în materie de psihoze infantile şi de genetică: originea genetică este o ipoteză probabilă, dar nu unică şi nici sigură ca modalitate.

8. — IPOTEZELE ETIOLOGICE: ASPECTELE NEUROPSIHOLOGICE

8.1. — REZULTATE ALE CERCETĂRILOR

Lucrările consacrate cercetării unei anomalii organice în psihozele infantile sunt foarte numeroase, mai ales în domeniul mai precis al autismului infantil descris de Kanner. De mai mulţi ani rezultatele se acumulează părând să arate existenţa unei anomalii neuropsihologice (sau a mai multora), al cărei sediu, natură şi rol nu sunt totuşi precizate riguros.

Studiile cromozomiale şi genetice. — Unele cazuri de asociere a autismului şi anomaliilor genetice au fost descrise: X fragil, asociaţie cu o fenilcetonurie. Totuşi aceste asociaţii nu sunt regula.

Studiile anatomice au dat rezultate contradictorii. Courchesnes şi colab. (1988) au pus în evidenţă o atrofie a cerebelului (lobulii VI şi VII); dar aceste rezultate nu au fost confirmate de alte studii. Piven şi colab. (1996) găsesc o creştere semnificativă a volumului cerebral care nu afectează decât anumiţi lobi corticali (temporal, parietal şi occipital, dar nu şi cel frontal), şi a cărei semnificaţie rămâne misterioasă.

Studiile electroencefalografice (EEG) relevă frecvent existenţa anomaliilor dar care nu sunt nici localizate, nici specifice (anomalii paroxistice difuze, bufee de unde lente...).

Studiile biochimice se adresează diferitelor domenii: neurotransmiţători (serotonină, catecolamine), enzime (dopamin beta-hidroxilaza...), unele linii metabolice (calciu, aminoacizi, peptide etc.). Astfel D. Sauvage subliniază: „nu este posibil la ora actuală să descriem o semiologie biologică proprie autismului". Dar incontestabil rezultatele acestor diverse studii arată existenţa perturbărilor care totuşi sunt variabile, inconstante şi cu semnificaţie încă imprecisă. Cel mai constant dintre rezultate este probabil creşterea concentraţiei sanguine a serotoninei la pacienţii autişti. Totuşi este încă dificil de dat un sens exact acestei creşteri (tulburare a reglării, exces de sinteză, defect de catabolism, sediu central sau periferic etc.).

Cercetarea unei deficienţe senzoriale minime nu a pus niciodată în evidenţă, cu excepţia cazurilor bine cunoscute de asociere psihoză–surditate sau psihoză–cecitate (v. cap. 14, 1.), nici cel mai mic indiciu când explorările nu au condus la participarea activă a subiectului.

O ultimă ipoteză biochimică sau enzimatică constituie o interesantă cale de cercetare: constatând frecvenţa avorturilor la mamele copiilor autişti, unii autori au avansat ipoteza unei anomalii a unei enzime fetale (moleculă indispensabilă în timpul vieţii fetale, dar devenind inutilă după naştere sau puţin după aceea).

În afară de aceste lucrări, numeroşi autori avansează ipoteze etiologice: în majoritatea cazurilor obiectivul este de a delimita o eventuală anomalie care ar fi responsabilă de dezvoltarea psihozelor infantile, acestea fiind concepute după modelul medical: etiologie → anomalie cerebrală → sindrom → simptom. Este evident că autismul de tip Kanner, în pofida rarităţii sale, se pretează deosebit de bine, datorită tabloului său clinic stereotip, la un asemenea model. Vom trece rapid în revistă principalele ipoteze subliniind că nici un element de certitudine nu le poate susţine.

8.2. — TULBURĂRILE PERCEPTIV-SENZORIALE

Existenţa perturbărilor senzoriale constituie fundamentul etiologic propus de unii autori. Astfel, Goldfarb şi Pronovost estimează la copilul psihotic faptul că evită folosirea receptorilor de distanţă (văz, auz) şi privilegiază receptorii proximali (atingere, miros, gust). Rimland consideră că autiştii sunt inacesibili stimulilor externi, poate datorită unor leziuni situate în sistemul reticulat. Din contră, Bergman şi Escalona au estimat copilul psihotic ca apărându-se prin reacţia de retragere împotriva unei sensibilităţi exacerbate la stimuli externi mai ales auditivi şi vizuali.

La ora actuală, ipoteza unei tulburări perceptive păstrează argumentele chiar dacă existenţa unui deficit senzorial simplu a fost îndepărtat în avantajul unei tulburări perceptive mai complexe al cărei rezultat ar fi o sensibilitate anormal de ridicată la anumiţi stimuli senzoriali (în mod special auditiv, dar şi tactil, gustativ, vizual). Această sensibilitate exacerbată ar putea proveni:

– dintr-un defect de filtrare a simulilor senzoriali (de unde frecvenţa anomaliilor EEG observate: ritm rapid abundent, potenţiale evocate ale trunchiului cerebral cu o latenţă modificată...);

– dintr-un defect de integrare a stimulilor proveniţi din diverse modalităţi senzoriale într-o percepţie unificată şi coerentă;

– din anomalii de discriminare, structurare şi de memorizare a stimulilor senzoriali.

Aceste tulburări de percepţie se apropie de perturbările de coordonare vizualo-manuală observate la autişti (A. Bullinger, 1989): mâna şi vederea (vederea foveală) nu se centrează simultan pe obiect; în acroşarea obiectului una sau cealaltă se decalează sau se desprinde, de unde reiese următorul fapt: coordonarea vizualo-manuală nu mai implică sistemul tactil lemniscal care integrează proprietăţile spaţiale ale obiectului, ci mai de grabă sistemul spinotalamic implicând aspecte mai curând calitative. Este imposibil de spus dacă aceste anomalii sunt cauze sau consecinţe ale comportamentului autist, dar ele pot să explice anomaliile perceptive observate.

8.3. — TULBURĂRI COGNITIVE

Alţi autori situează preferenţial anomalia nu în domeniul senzorial, ci chiar în miezul proceselor cognitive. Dincolo de tulburările de inteligenţă şi de întârziere a limbajului sub diferite aspecte (v. cap. 3, 2.1.), unii autori au evocat o tulburare cognitivă mai specifică. Este dificil de disociat tulburarea de limbaj şi tulburarea de simbolizare. Totuşi, în această din urmă perspectivă a fost observat eşecul copiilor autişti în sarcinile de imitare; capacitatea de identificare a unui obiect după mimare pare a fi de asemenea foarte redusă (Rutter şi Cox, 1975), tot aşa cum autistul pare puţin capabil să mimeze (sărăcie gestuală şi mimică, scurtarea secvenţelor) (Attwood, 1984)).

Aceste constatări îi conduc pe unii autori la evocarea unui „defect cognitiv" (Rutter) care ar fi la originea dificultăţilor sau a incapacităţii copiilor autişti de a percepe şi discrimina diferite afecte, emoţii (în special la nivelul mimicii faciale), dar şi de a aprofunda cunoaşterea celuilalt (de exemplu incapacitatea de a-şi reprezenta gândurile sau emoţiile celuilalt, incapacitatea de a imita conduitele sociale). Totuşi, sediul şi mecanismul acestui „defect cognitiv" rămâne să fie precizat.

Mai recent, în cadrul **teoriei minţii,** Baron-Cohen (1993) avansează ipoteza unei incapacităţi a copilului autist de a atribui celuilalt „o falsă credinţă", plecând de la modelul experimental stabilit pe baze etiologice (v. cap. 10.2. şi 10.3.). Cu toate acestea, dovada acestei incapacităţi de a-i atribui celuilalt o falsă credinţă pare dificil de stabilit şi depinde în mare parte de contextul experimental (Hughes Cl., 1994).

Aceste ipoteze se dublează în general cu o perspectivă developmentală: defectul iniţial împiedică capacităţile de comunicare şi de schimb social ale copilului, îi accentuează izolarea, lipsa sa de stimulare creează într-un fel un cerc vicios patogen. Numeroase programe educative sau reeducative (v. cap. 10, 2. şi 3.) vizează exact contribuţia cu stimulări cognitive complementare.

9. — ABORDARE PSIHOPATOLOGICĂ ŞI IPOTEZE CU PREDOMINANŢĂ PSIHOGENETICĂ

9.1. — ABORDARE PSIHOPATOLOGICĂ

Dacă există mari variaţii semiologice de la un copil psihotic la altul, variaţii reîntărite de diferenţele de vârstă importante, în unele elemente în orice caz, apare o certă similitudine psihopatologică. Vom descrie aici natura funcţionării mintale („cum"-ul psihozei) fără a prejudicia procesul iniţiator („de ce"-ul).

Nucleul psihotic

Acest ansamblu de trăsături psihopatologice ar putea să constituie ceea ce unii autori numesc **„nucleu psihotic"**, terminologie la care noi subscriem cu condiţia totuşi ca prin aceasta să nu se subînţeleagă ipoteza unui proces patogen oarecare (în acelaşi fel ca anomalia enzimatică a fenilcetonuriei, de exemplu). Prin nucleu structural psihotic, noi ne referim la un ansamblu de mecanisme psihopatologice care conduc la mentalizări sau acţiuni, a căror grupare sau asociere se observă frecvent la acest tip de pacient. A vorbi de „nucleu psihotic" implică deci a nu ne situa în axa etiologică, ci doar în axa psihopatologică. Din acest punct de vedere, „nucleul structural psihotic" se referă la:

– *existenţa unei angoase primare de aneantizare*, de fragmentare sau de aglutinare, implicând disoluţia sau distrugerea completă a individului. În clinică, crizele de angoasă ale copiilor psihotici pot să atingă grade extreme;

– *non-distincţia dintre self şi non-self*, nerecunoaşterea propriilor limite şi a

limitelor celuilalt. Traducerea clinică poate să fie absența zâmbetului la vederea figurii umane, non-apariția angoasei de străin sau reacții paradoxale, manipularea corpului propriu sau a corpului celuilalt ca instrument extern, neatenția asupra limitelor propriului corp cu o mare frecvență a căderii, rănirii, accidentării, fără atitudine de protecție;

– *ruptura de realitate*, consecința absenței delimitării precise a conturului sinelui: realitatea externă este inclusă în sine, și îi amenință în permanență existența. În clinică, se observă cel mai frecvent apărarea împotriva acestei rupturi de realitate, ilustrată prin nevoia imperioasă de „imuabilitate" sau prin replierea autistă și atitudinile care o însoțesc. Minime schimbări externe pot astfel să suscite apariția unei reacții de catastrofă: schimbarea decorului, noua coafură a mamei sau a îngrijitoarei...;

– *prevalența proceselor primare* asupra proceselor secundare: non-investirea timpului și/sau a spațiului, asociat cu caracteristicile precedente, mențin copilul psihotic în registrul proceselor primare unde tot afectul trebuie să fie evacuat instantaneu, altfel riscă fie de a anihila subiectul, fie de a fi el însuși anihilat. Această prevalență a proceselor primare dau seama de diferite mecanisme de apărare utilizate de către copilul psihotic, în special de rolul jucat de descărcarea motorie externă: importanța trecerilor la act, a hetero– și autoagresiunilor, a tulburărilor de comportament, a stereotipiilor sau legănatului, mai ales când copilul este copleșit de un afect:

– *absența legăturilor dintre pulsiunile libidinale și pulsiunile agresive* sau, pentru unii autori, între pulsiunile vieții și pulsiunile morții, conduce la o stare de dezintricare pulsională și la o predominanță a pulsiunilor agresive sau pulsiunilor morții. Fantasmele sunt invadate de aceste pulsiuni mortifere: fantasme de aglutinare, de anihilare, de fragmentare, de devorare, de explozie etc., fără ca pulsiunile libidinale să poată „lega" sau „secundariza" astfel de fantasme, de unde și particularitățile angoasei;

– *utilizarea mecanismelor de apărare arhaice*. În fața acestei absențe de coerență și de limite ale eului și persoanei, în fața acestei vieți fantasmatice dominată de procese primare, angoasă arhaică și fantasme distructive, funcționarea mentală utilizează mecanisme de apărare specifice pe care le numim arhaice. Le vom evoca succint:

– *identificarea proiectivă* este cauza și consecința indistincției self/non-self. În mod special studiată de către autorii kleinieni, identificarea proiectivă patologică menține copilul într-un univers haotic. Își poate găsi ilustrarea clinică în inversarea pronominală care este frecventă (copilul psihotic repetă cuvintele auzite, fără să fie capabil să se constituie ca subiect al discursului său, nefiind niciodată decât purtătorul de cuvânt al celorlalți);

– *clivajul* prezintă numeroase consecințe: viața afectivă, intelectuală, mediul sunt fără încetare obiect al unei fragmentări care face dificilă achiziția unei experiențe de continuitate în trăire. Cel mai frecvent este vorba de un clivaj calitativ conducând la o lume de contraste: *bun–rău, bine–rău, fuziune–abandon, iubire–ură*, fără continuitate, fără posibilitate de trecere de la unul la celălalt;

– *introiecție, refuz, idealizare, omnipotență* (acestea din urmă fac parte din ceea ce se cheamă „apărări maniacale") sunt de asemenea descrise. Aceste mecanisme sunt corelate cu cele anterioare cărora le reîntăresc adesea efectele. Astfel, idealizarea duce la constituirea unui obiect magnific, atotputernic, dar în același timp redutabil (adesea imaginea mamei) de la care el trebuie să obțină protecție, dar cu prețul renunțării la individualizarea sa.

Această primă linie de apărări reprezintă, în ansamblu, ceea ce M. Klein a numit poziția schizoparanoidă, pe care ea a descris-o pornind de la copiii psihotici care au fost în analiză cu ea (v. cap. 1, 4.3.).

„Poziția autistă"

Numeroși autori emit în prezent ipoteza unei stări încă și mai arhaice, *poziția autistă* (Marcelli, 1983) care se caracterizează prin utilizarea unor mecanisme de apărare mai specifice. D. Meltzer (1981) a propus procesele următoare:

– *identificarea adezivă* care produce o dependență absolută, în care nu există nici un fel de existență separată, nici o limită între obiect și persoană. Identificarea adezivă determină o dependență extremă de suprafața obiectelor, de aparența lor, cu o sensibilitate la rupturi. În schimb, în interior, starea afectivă internă a obiectelor este în general ignorată. Conduita atât de caracteristică a copiilor autiști de a lua mâna celuilalt pentru a o folosi ca prelungire de sine poate fi considerată ca un exemplu de identificare adezivă cu atât mai mult cu cât i se asociază în general absența pointing-ului (v. cap. 1, 2.2.) (D. Marcelli, 1983);

– dezmembrarea este un proces pasiv, care constă în a lăsa la întâmplare, a decupa experiențele după liniile de senzorialitate pentru a ajunge la o colecție dispersată de obiecte unisenzoriale, adică purtătoare ale unei singure și unice calități: vedere, atingere, simțire, auz, sunt senzații separate unele de altele și de care se atașează un fragment de obiect sau un obiect perceput într-un singur registru senzorial; experiența emoțională este de asemenea dispersată după liniile senzorialității. În clinică, utilizarea obiectelor autiste (v. cap. 11, 2.4.), marionete mecanice dezarticulate, roți care se învârtesc nedefinit, ilustrează rolul dezmembrării.

Dacă „poziția autistă" în dezvoltare permite bebelușului să țină la distanță stimulii prea violenți și neintegrabili, să-și simplifice mediul proximal și să-l investească ierarhic (D. Marcelli, 1986), „poziția autistă" fixată conduce la următoarele defecte de organizare: gândirea procedurală prin contiguitate, fără formare de simbol, utilizarea mecanismelor de identificare adezivă, de dezmem-

brare, conducând la crearea de obiecte parțiale plane, bidimensionale, obiectul autist indefinit manipulat fiind un astfel de exemplu, organele de sprijin principale ale gândirii bidimensionale rămânând pielea și organele senzoriale proximale.

Astfel descris succint acest **„nucleu psihotic"** care se organizează în jurul poziției schizoparanoide sau a poziției autiste (sau, mai mult, cazul cel mai frecvent, care oscilează între cele două poziții) se observă în diverse forme clinice de psihoze infantile cu câteva variante care traduc în realitate prevalența unuia dintre aceste mecanisme asupra celorlalte. De altfel nu este neobișnuit să se observe, în cursul creșterii la același copil, schimbări de conduite care traduc evoluția în cadrul amenajării defensive. Ni se pare astfel că există o continuitate structurală în interiorul ansamblului de psihoze infantile, ceea ce nu implică, o repetăm, o identitate etiologică.

9.2. — IPOTEZA PSIHOGENETICĂ CENTRATĂ ASUPRA MEDIULUI: ROLUL PĂRINȚILOR

Grupăm aici anumite afirmații teoretice sau descrieri clinice în care anturajul, în sensul cel mai larg, joacă un rol important în apariția și apoi menținerea psihozei copilului. Aceste ipoteze etiologice nu sunt întotdeauna exclusive: alți factori constituționali, ereditari, dobândiți, psihogenetici sau organici se pot asocia.

Literatura referitoare la părinții copiilor psihotici este bogată, dar în realitate orientată aproape exclusiv asupra studiului părinților copiilor autiști. Puține lucrări au fost consacrate contextului familial al psihozelor celei de-a doua copilării, care sunt în general grupate împreună cu studiile privind familiile de schizofreni adulți. Noi nu vom face decât să cităm punctele care par cele mai pertinente pentru psihozele infantile.

Kanner a fost primul care a descris un anume profil psihologic la părinții a unsprezece copii autiști, obiecte ale primelor sale lucrări. Reamintim că acești părinți se caracterizează, după el, printr-un nivel intelectual și socio-cultural ridicat, prin răceală, prin mecanicitate și obsesionalitate de suprafață: părinți politicoși, respectabili, reci; ei își observă copilul mai mult decât îl iubesc. *„Copiii erau obiect de observație și de experimentare, priviți cu ochi critic mai degrabă decât cu o căldură autentică și cu bucuria de a trăi".*

În realitate, se pare că aceste caracteristici, în mod cert frecvente, nu sunt constante, ele rezultând în parte din modul de selectare a populației studiate de către Kanner.

Plecând de la studii mai recente (Rutter, Goldfard și Meyers, Ackerman), se poate reține:

– o origine și un nivel sociocultural variabil, dar care pare să se repartizeze mai degrabă către două extreme: un pol de nivel foarte defavorizat și un pol de nivel cultural superior;

– suprareprezentarea situațiilor dificile (divorț, cuplu incomplet, plasare în instituții);

– o frecvență ridicată a depresiei materne în timpul sarcinii și post-partum (Ferrari, 1991, v. cap. 22, 2.2.);

– o atmosferă și o organizare familială adesea confuze: rolurile parentale sunt puțin diferențiate sau schimbătoare, limitele generațiilor sunt slab precizate și nesigure. Unii autori consideră de altfel că sunt necesare trei generații pentru a „fabrica" o psihoză infantilă (Bowen, Lebovici);

– situațiile de dramă (Ackerman), de dezastru parental (Goldfard și Meyers), de mistificare (Lang) sunt obișnuite: copilul psihotic este adesea obiect de proiecții parentale fantasmatice intense și contradictorii, fără nici un raport cu realitatea existențială proprie. De asemenea, frontierele dintre realitate și fantasmele familiale sunt vagi;

– în sfârșit au fost descrise de către grupul de cercetare de la Palo Alto (Bateson, Watzlawick, Beavin) modele particulare de comunicare intrafamiliale întâlnite în familiile de schizofreni. Se regăsesc de asemenea în familiile copiilor autiști.

Astfel „dubla legătură" (*double bind*) este un mod particular de comunicare impus de către o persoană (mama sau un alt membru important al familiei), iar celălalt (copilul) nu poate să scape. Emițătorul adresează un mesaj dublu contradictoriu în conținutul său, dar emis la niveluri diferite: de exemplu mesajul verbal asociat cu un mesaj analogic (mimică, inflexiune a vocii etc.) cu semnificație opusă. Plasat în această situație din care nu poate scăpa, având în vedere importanța vitală în care se află de a păstra legătura, receptorul (copilul) este în imposibilitatea de atribui „tipare logice" perceptelor și mesajelor și de a da un răspuns adaptat. Răspunsul „nebunesc" nu este decât o tentativă disperată pentru a satisface această „dublă legătură".

Dincolo de această „legătură dublă", Watzlawick descrie alte modalități de comunicare patologică („tangențializări", „descalificări", „paradoxuri") care par reperabile mai ales în familiile de schizofreni adulți.

Oricare ar fi valoarea dată acestor ipoteze etiologice, pare artificial în zilele noastre să vrem să definim o tipologie caracterială a părinților copiilor psihotici, ținând seama că este în mod obișnuit imposibil să facem trierea între reacțiile parentale la psihoza copilului lor și cauzalitatea parentală a psihozei copilăriei.

Anumite lucrări tind să arate intensa confuzie pe care reacția unui copil autist o poate suscita la mamă, modificând astfel conduitele sale obișnuite: non-acroșarea privirii, absența oricărei atitudini anticipatorii, dialogul tonic perturbat sau inexistent, sunt de altfel atitudini care nu aduc mamei nici una dintre satisfacțiile

aşteptate ale maternajului, şi nu pot să o gratifice. Aceste atitudini ale copilului, uneori foarte precoce, pot să determine la mamă o confuzie, apoi o distanţă, o conduită aparent mecanică sau o respingere. Astfel, pentru Soulé, mama copilului autist nu poate face doliul copilului său imaginar (copilul fantasmatic al nopţii sau al imaginarului) dată fiind imposibilitatea sau incapacitatea sa de a stabili o comunicare mutual satisfăcătoare cu copilul real (copilul autist al zilei şi al cotidianului). Într-o asemenea dialectică, şi cunoscând importanţa crucială a primelor schimburi mamă–copil, devine repede dificil şi arbitrar a face demarcaţia dintre ceea ce este cauză sau consecinţă în comportamentul părintelui şi al copilului.

9.3. — IPOTEZELE PSIHOGENETICE CENTRATE PE COPIL SAU PE INTERACŢIUNEA PĂRINTE-COPIL

Contribuţia lui **M. Klein**, indiferent care sunt controversele pe care le suscită, rămâne esenţială. Reamintim că, pentru această autoare, dezvoltarea copilului normal trece prin faze arhaice, primele angoase trăite fiind de natură psihotică: apărările organizate împotriva acestor angoase psihotice caracterizează „poziţia schizoparanoidă", proprie primelor luni de viaţă. Psihoza infantilă nu ar fi într-un fel decât persistenţa acestei faze dincolo de perioada normală. Totuşi, M. Klein nu face confuzia care i se atribuie adesea dintre dezvoltarea normală a bebeluşului şi starea unui adevărat bolnav: în cazul unui psihotic, copil sau adult, persistenţa şi exacerbarea modalităţilor arhaice de apărare se datorează intensităţii pulsiunilor agresive şi distructive care nu au putut permite deplina dezvoltare a pulsiunilor libidinale. De fapt, pentru a se apăra împotriva agresivităţii primare resimţită ca periculoasă şi mortiferă, subiectul psihotic fragmentează, clivează şi proiectează afectele asupra obiectelor înconjurătoare: astfel, prin *clivaj şi identificare proiectivă*, obiectele înconjurătoare îşi pierd caracteristicile proprii, devin persecutorii şi periculoase. Pentru a se apăra, subiectul psihotic introiectează părţile bune ale obiectelor şi ale sinelui într-un ansamblu confuz, dar care trebuie să fie omnipotent şi atotştiutor (apărare maniacală) pentru a lupta împotriva obiectelor rele externe.

În timp ce la copilul normal proba realităţii, evoluţia maturizării, permanenţa pulsiunii libidinale permit depăşirea poziţiei schizoparanoide, atingerea poziţiei depresive şi accesul la ambivalenţa nevrotică, la copilul psihotic intensitatea pulsiunilor agresive (fie că acestea sunt de origine congenitală sau dobândite printr-un maternaj inadecvat) interzice orice reificare a obiectului şi sinelui, accentuează clivajul şi identificarea proiectivă, menţine subiectul în această poziţie arhaică.

Fără a relua bazele acestei teorii, continuatorii lui M. Klein îşi orientează atenţia către anumite puncte particulare. Astfel *H. Segal* descrie începutul organizării simbolice. La copilul psihotic, prin faptul specific al identificării proiective, există ceea ce se numeşte „ecuaţie simbolică": obiectul originar şi simbolul nu sunt diferenţiate în gândirea psihotică. Permutaţiile între fragmentele de obiecte şi fragmentele de eu sunt neîncetate, estompând conturul realităţii şi împiedicând întreg accesul la lumea simbolică, deci la gândire.

F. Tustin îşi axează cercetările asupra „depresiei psihotice", sentimentul de ruptură în continuitate, creând „o gaură neagră înfricoşătoare" împotriva căreia copilul luptă prin mecanisme arhaice de tip închistare sau repliere autistă sau prin identificare proiectivă sau maniacală. Astfel, copilul caută să nege toate discontinuităţile dintre corpul său şi mediu, pentru a-şi păstra, atât cât se poate, un minim sentiment de continuitate. „Urmele autiste" au precis acest rol: persistenţa unei „senzaţii restante chiar în absenţa «obiectului», întreaga investire a atenţiei copilului autist centrându-se asupra acestei senzaţii corporale, garant al sentimentului de continuitate".

„*Formele autiste*", senzaţiile pe care copilul şi le procură plecând de la pielea sa, de la mucoase sau de la secreţii, „obiectele autiste", indefinit manipulate pentru calităţile lor senzoriale, „cochilia autistă" în care copilul se izolează datorită acestei autosenzorialităţi pervazive, reprezintă diversele tentative descrise de F. Tustin pentru a lupta împotriva „găurii negre".

D. Meltzer, mai puţin centrat asupra prăbuşirii depresive dar mai atent la un conflict psihic foarte precoce, propune ipoteza unui „conflict estezic" între suprafaţa atrăgătoare şi fascinantă a obiectului şi profunzimea sa, necunoscută şi angoasantă: investirea „mamei" ar oscila între cele două tendinţe şi în cazul autismului ar rămâne fixată la suprafaţă. În Franţa, un întreg grup de clinicieni în jurul lui G. Haag (noţiunea de identificare intracorporală) şi al lui D. Houzel (angoasă de precipitare, lume turbulentă) a reluat şi a urmărit aceste ipoteze.

Margaret Mahler studiază evoluţia relaţiei mamă–copil sub unghiul specific al autonomizării progresive a acestuia din urmă.

În lumina studiilor de psihologie genetică (Spitz) şi a teoretizărilor lor (Hartman), M. Mahler descrie mai multe faze şi subfaze ale acestei autonomizări.

În „faza autistă iniţială" sau „autismul normal", bebeluşul nu are conştiinţa nici a individualităţii lui, nici a mamei sale: el oscilează între faze de satisfacţie şi faze de nevoie. El este atunci într-o stare de „dezorientare halucinatorie primară", satisfacţia nevoilor sale relevându-i unica sa omnipotenţă autistă. Încetul cu încetul, copilul accede la „faza simbiotică" atunci când devine „capabil să aştepte şi să anticipeze cu încredere satisfacţia", aceasta datorită urmelor mnezice lăsate de plăcerea satisfacţiei. Pura nevoie fiziologică devine „dorinţă", apare un început de Eu şi de obiect simbiotic. Având mai întâi o conştiinţă confuză a

„principiului maternant“, copilul se vede inițial unit cu mama bună în interiorul unei membrane simbiotice, în timp ce obiectele rele sunt proiectate în exteriorul acestei membrane asupra lumii înconjurătoare. În acest stadiu pericolul extrem este acela al unei pierderi de obiect simbiotic care echivalează cu o pierdere a unei părți din eu. O a treia fază, numită de separare–individuare (de la șase la treizeci de luni) apare *„când copilul este, prin dezvoltarea sa, foarte aproape de funcționarea autonomă, iar acest lucru îi face plăcere“*: explozia motorie a copilului îi permite să se îndepărteze de mamă, continuând să o folosească ca „reper extern de orientare“. Puțin câte puțin, interiorizarea obiectelor și dobândirea noțiunii de permanență a obiectului dau asigurarea necesară pentru autonomizare. Totuși există un decalaj între noțiunea de permanență a obiectului (după Piaget) și achiziția unei permanențe a obiectului libidinal: acesta din urmă este mult mai progresiv *„scârțâind, zgâlțâit și mai de grabă instabil până la treizeci de luni“*. În acest stadiu, riscul major este acela al unei pierderi de obiect. Psihoza infantilă este concepută de M. Mahler ca rezultat al eșecurilor în procesul de individuare a cărui origine se găsește atât la copil (*„incapacitatea înnăscută a eului de a neutraliza pulsiunile, defect al capacității perceptive primare a eului, efectele dezorganizatorii ale panicii corporale a copilului asupra unui eu fragil“*) cât și la mamă. Astfel în dezvoltarea copilului anumite faze nu pot să fie depășite din cauza unei angoase masive care suscită accesul la palierul următor. Pentru a se apăra copilul utilizează ceea ce M. Mahler numește *„mecanisme de menținere“* care se opun progresiei dezvoltării. Organizările patologice nu sunt deci simple fixații la un stadiu normal de dezvoltare; se adaugă întotdeauna mecanisme specifice care tind să blocheze fluiditatea structurală obișnuită.

În cazurile de *psihoză autistă*, mecanismul de menținere este o conduită halucinatorie negativă care anulează toate percepțiile lumii externe, inclusiv mama. În cazul *psihozelor simbiotice*, principiul matern este recunoscut, dar copilul oscilează între o dorință de fuziune absolută cu obiectul bun parțial, și teama de reaglutinare sau de anihilare în acest obiect. Mecanismele de menținere se organizează în jurul clivajului, între o unitate atotputernică mamă–copil, și o proiecție persecutorie asupra lumii exterioare. Psihoza devine patentă când iluzia unității mamă–copil nu poate fi menținută în fața progresului maturizării neurofiziologice (spre 3-4 ani).

În realitate, această opoziție între psihoza autistă și psihoza simbiotică va deveni mult mai puțin netă în cursul lucrărilor lui M. Mahler, autoarea recunoscând existența a numeroase forme de tranziție.

Pentru **Winnicott**, originea psihozei infantile este de căutat în avatarurile relației de adaptare reciprocă între o mamă și copilul său, în special atunci când copilul încearcă o „deziluzie“ în privința ei. Până atunci copilul trăiește „într-o iluzie de atotputernicie“ deoarece mama suficient de bună susține copilul

(*holding*), îl îngrijește (*handling*) și îi prezintă obiecte (*object-presenting*) în așa fel încât el să aibă sentimentul de a fi el însuși creatorul. Dacă mama îi lipsește, sugarul poate dovedi „angoase de negândit“ sau „agonii primitive“, cum sunt întoarcerea la o stare de non-integrare, senzația de nu înceta să cadă, eșecul „de a fi în corp“, sau pierderea sensului realului. Sugarul se apără de angoasele sale prin diferite mecanisme defensive: dezintegrarea, depersonalizarea, starea autistă, exacerbarea narcisismului primar etc. Boala psihotică este astfel o apărare împotriva acestor senzații de agonie deja încercate: pentru Winnicott, nu este vorba deci, contrar lui M. Klein și într-o mai mică măsură lui M. Mahler, de fixații la stadii normale de dezvoltare, ci de o organizare deviantă, patologică și specifică.

Vom limita în mod arbitrar la acești autori ipotezele teoretice privind psihozele infantile. Am fi putut să-i cităm de asemenea pe Betthelheim (noțiunea de situație extremă), Lebovici, Diatkine și mai ales pe Lacan și școala sa. Totuși ar fi trebuit să reluăm în întregime elaborările lor teoretice deoarece psihoza infantilă ocupă întotdeauna un loc important în acest cadru. Ni s-a părut mai util pentru cititor să dăm un reper simplu al principalelor teorii privind acest domeniu atât de vast.

10. — TRATAMENT

Tratamentul psihozelor infantile este o problemă deosebit de complexă atât prin ignoranța parțială a clinicianului, cât și prin factorii etiologici preciși, dar cu ponderi relative în apariția acestei patologii.

În prezent majoritatea „teoriilor“ etiologice rămân la rangul de ipoteze (de unde titlurile paragrafelor precedente) și trebuie să fie înțelese ca atare. Cu toate acestea abordarea terapeutică depinde evident de concepțiile teoretice ale clinicianului. Acest lucru explică de ce tratamentul psihozelor copilului este adesea mai mult obiect de dispută dogmatică decât de dezbatere științifică în care îndoiala, ezitarea, deschiderea spiritului ar trebui să își aibă întotdeauna locul. Dogmatismul a determinat și determină încă anumite excese, anumite excluderi. Dacă un dogmatism psihanalitic a putut fi demascat în anii ’70, în prezent se pare că un dogmatism educațional și comportamentalist este în curs de a-i succeda precedentului, fără vreun interes evident pentru copilul psihotic și familia sa.

Marea majoritate a clinicienilor sunt de acord asupra necesității unei abordări terapeutice plurifocale excluzând orice schemă rigidă prestabilită, capabilă să se adapteze la situații individuale și la evoluțiile observate în cursul creșterii. De

fapt, trebuie luată în considerare heterogenitatea relativă a grupelor de psihoze infantile mergând de la autismul grav deficitar al copilului mic până la psihoza preadolescentului, trecând prin prepsihozele „grave" și dizarmoniile cu versant psihotic...

Din motive epidemiologice, dar și instituționale și umane, majoritatea locurilor terapeutice care primesc copii psihotici nu fac o selecție riguroasă a unui singur tip de patologie (de exemplu: spital de zi rezervat doar copiilor „autiști"), chiar dacă unele situații clinice pun probleme specifice. În acest paragraf ne vom centra asupra abordării terapeutice a psihozelor infantile precoce.

Indiferent care ar fi strategiile terapeutice utilizate, tratamentul unui copil mic psihotic ar trebui întotdeauna să aibă ca obiective prioritare: 1) să facă individul să se manifeste ca o persoană; 2) să-i dea acestei persoane mijloacele unei comunicări veritabile atât cu sine cât și cu ceilalți.

Acțiunile terapeutice propriu-zise sunt numeroase și diversificate. Ele vor fi doar enumerate în acest paragraf, fiind explicitate în ultima parte a acestei lucrări (cf. a cincea parte: terapie). În toate cazurile este vorba despre tratament prelungit în cursul unei bune părți din copilărie uneori și în adolescență. De asemenea, coerența cadrului terapeutic, stabilitatea sa și menținerea relațiilor durabile cu îngrijitorii apar ca factori esențiali de eficacitate terapeutică.

10.1. — PSIHOTERAPIILE

Constituie abordarea de bază a psihozelor precoce. Totuși acestea nu sunt totdeauna realizabile, fie din rațiuni practice, fie pentru că nu sunt întrunite condițiile necesare pentru buna lor desfășurare (v. cap. 29, 2.4.: limite și contraindicații ale psihoterapiilor). Psihoterapiile dinamice utilizează elemente psihanalitice adesea cu amenajări ale modului de comunicare cu copilul. Interpretările propuse de către terapeut depind în parte de modelul său de concepție în special plecând de la lucrările autorilor post-kleinieni (D. Meltzer, F. Tustin, G. Haag), sau se situează în perspectiva lui W. Bion (D. Houzel). La copilul mic, psihoterapiile mamă–copil, uneori realizate la domiciliu, permit observarea distorsiunilor interactive, oferă mamei un cadru securizant, permit favorizarea intervenției unui al treilea într-o relație de tip fuzional sau diadic, introducerea împreună cu mama a dimensiunii sensului și de asemenea abordarea angoaselor sale persecutive sau depresive care adesea mobilizează în ea o importantă energie defensivă.

Aceste psihoterapii privilegiază utilizarea limbajului ca modalitate de comunicare și de a da un sens în special transferențial simptomelor sau evenimentelor prezente și trecute ale vieții copilului.

Cu toate acestea, în numeroase cazuri utilizarea tehnicilor mai regresive pare a fi necesară, mai ales **abordările cu medieri corporale**: terapiile psihomotorii individuale sau de grup, utilizând eventual un obiect mediator (apă, pământ, pastă de modelat...). La copiii foarte regresați, dezorganizați sau angoasați, terapiile tip „pachet" pot procura un conținător securizant pentru copil, pot mobiliza îngrijitorii și favoriza momente regresive plecând de la care devine posibilă o restructurare fizică și/sau psihică. Aceste diferite abordări terapeutice cu mediere corporală sunt de interes esențial la copii. Ele sunt adesea practicate în cadrul unui spital de zi (v. cap. 26, 6.1.).

10.2. — TRATAMENTE EDUCATIVE ȘI REEDUCATIVE

Indiferent care ar fi tipul de terapie sau de pedagogie propus, calitatea relației stabilite între copilul psihotic și îngrijitor sau educator este determinantă. Pornind de la această relație copilul progresează. O terapie de schimb și/sau de comunicare este adesea o chestiune prealabilă. De fapt, reeducarea ortofonică este adesea puțin utilă deoarece copilul refuză comunicarea nu numai verbală dar și gestuală, mimică, tonico-posturală. O fază pregătitoare se dovedește atunci necesară, uneori într-un context de grup cu o coterapie: psihomotrician și ortofonist. Trebuie totuși să se propună o terapie ortofonică cu eventuale amenajări atunci când copilul pare a accede la comunicarea verbală. Unele studii catamnestice (J. Manzano) arată interesul unei relații de lungă durată cu un ortofonist și în acest context posibilitatea apariției limbajului la o vârstă la care a existat temerea unei absențe definitive a limbajului.

Tratamentele educative, adică posibilitatea pentru copilul psihotic de a dobândi principalele conduite sociale care implică autonomia (autonomia meselor, a îmbrăcatului, toaletei, curățeniei sfincteriene etc.), constituie obiectivul tratamentelor instituționale (spital de zi) atunci când gravitatea patologiei nu a permis ca aceste achiziții să se facă în mediul familial.

10.3. — CONTRIBUȚIA PEDAGOGICĂ

Nu trebuie niciodată uitată sau neglijată atunci când copilul a atins vârsta școlarității preelementare (începând de la 4-5 ani, mai frecvent de la 6-7 ani). Menținerea într-o școlaritate obișnuită este de dorit în condițiile în care copilul are beneficii atât cognitive cât și relaționale și această menținere nu este în serviciul unei negări a patologiei de către părinți. În clasele mici, secțiuni special amenajate pentru copiii cei mai competenți pot să fie o soluție satisfăcătoare.

Totuşi pentru majoritatea cazurilor menţinerea într-o şcolaritate obişnuită este iluzorie, chiar patogenă (menţinerea agravând negarea familială, accentuând sentimentul de respingere şi devalorizare cu atât mai viu cu cât nu este aşteptat de la copil...). O contribuţie pedagogică adaptată trebuie să fie propusă copiilor în cadrul spitalului de zi. Există numeroase clase animate de către învăţători detaşaţi de la Educaţia Naţională şi lucrând în strânsă colaborare cu echipa de îngrijire. Frecventarea „şcolii", inserţia într-o „clasă" este, pentru toţi copiii, un moment important purtător de valoare de reasigurare. În plus anumiţi copii se dovedesc uneori capabili de achiziţii surprinzătoare (capacităţi de achiziţie care în mod cert coexistă frecvent cu zone de incapacitate notabile). Aceste zone de competenţă, de investire, de interes, trebuie să fie bineînţeles stimulate, extinse; ele constituie precursorii pornind de la care achiziţiile ulterioare vor putea să se dezvolte. Trebuie să subliniem că în ceea ce priveşte tehnicile pedagogice propriu-zise rămân multe de făcut.

În acest cadru metoda TEACCH (Schopler şi colab.) pare să fie una dintre cele mai elaborate: este un ansamblu de practici educative şi pedagogice care vizează reperarea, stimularea activă, gratificarea comportamentelor şi a abilităţilor a căror evoluţie este evaluată în domeniile următoare: imitare, percepţie, motricitate fină, motricitate generală, coordonare oculo-manuală, performanţe cognitive, cogniţie verbală, limbaj. Aceasta cere o colaborare activă între părinţi, învăţători şi îngrijitori şi se bazează pe noţiunea de urgenţă. Suscitând mişcări pasionale, atât adeziuni entuziaste cât şi respingeri virulente, aceste metode fac obiectul unor experienţe terapeutice care merită să fie urmărite cu atenţie.

10.4. — TERAPII COMPORTAMENTALE

Mai dezvoltate în ţările anglo-saxone, aceste terapii încep să apară şi în Franţa. Ele se sprijină pe teoria comportamentală şi vizează o reîntărire a comportamentelor pozitive şi o anulare a conduitelor negative. Câteva echipe utilizează aceste tehnici.

10.5. — TRATAMENTELE MEDICAMENTOASE

Utilizarea neurolepticelor şi/sau a sedativelor la copilul psihotic sau autist se dovedeşte în unele cazuri utilă la modul punctual (criză de angoasă majoră, hiperagitaţie motorie cu dezorganizarea conduitelor, comportament automutilant distructiv...). Totuşi această utilizare este adesea decepţionantă pe termen lung,

producându-se un fenomen de „recădere", în general după 3-6 luni de tratament. Riscul este atunci de a vedea adăugându-se la simptomele psihozei şi efectele secundare sau patogene ale medicamentelor.

Se pare că s-a căzut de acord asupra unei utilizări temporare a neurolepticelor sedative sau incisive şi a anxioliticelor majore atunci când intensitatea simptomelor este atât de mare încât determină dezorganizarea comportamentală şi psihică şi când ameninţă posibilitatea altor relaţii terapeutice. Tratamentul medicamentos nu este deci un tratament de fond, dar constituie un tratament adjuvant util pentru a trece de un obstacol dificil sau pentru a diminua conduitele simptomatice deranjante. Este în schimb preferabil să nu se menţină aceste tratamente pentru o perioadă mai lungă de 2-3 luni.

În ceea ce priveşte unele produse recomandate uneori, mai ales în cazul autismului infantil (vitamina B6 cu magneziu, fenfluramină, acid folic...), eficacitatea lor nu a fost niciodată demonstrată nici în mod regulat, nici durabil. Se observă adesea o fază de ameliorare tranzitorie la începutul prescripţiei, dar fenomenele de recădere sunt frecvente.

În prezent nu există un tratament medicamentos specific al psihozelor infantile şi mai ales al autismului infantil.

10.6. — ACŢIUNILE TERAPEUTICE PENTRU PĂRINŢI

Par a fi foarte dezirabile, dar natura lor variază de la un caz clinic la altul: acţiunea de consiliere parentală, susţinerea psihologică, terapia familială propriu-zisă, participarea la un grup de părinţi, psihoterapie individuală. Principiul unui travaliu terapeutic implicând părinţii sau cu părinţii este admis de aproape toţi clinicienii; se consideră totuşi necesar a se respecta disponibilitatea psihică a părinţilor, dorinţa lor de a participa sau din contră de a se menţine la distanţă, dorinţa de a se angaja sau nu într-o activitate de înţelegere. Este adesea iluzoriu a constrânge părinţii la demersuri terapeutice de la care ei se refuză, dar clinicienii ştiu din experienţă că absenţa totală a implicării părinţilor în îngrijirile date copilului lor conduce la situaţii de impas care prejudiciază continuarea acestor îngrijiri. Deci între aceste două dificultăţi trebuie să se navigheze, să se ştie cum să se propună părinţilor acţiuni terapeutice pe care ei să fie în măsură să le accepte şi să şi le asume. Indicaţiile de psihoterapie pentru părinţi, de terapie familială sunt în realitate mai puţin frecvente decât se estimează în mod obişnuit.

10.7. — TRATAMENTELE INSTITUȚIONALE

Într-un număr important de cazuri, menținerea copilului în cadrul vieții obişnuite, mai ales al celei şcolare, se dovedeşte imposibilă şi diferitele acțiuni terapeutice enumerate mai sus nu pot să fie realizate prin consultații ambulatorii. De aceea **spitalul de zi** constituie indicația de terapie instituțională foarte utilizată în dispozitivul de îngrijire a intersectoarelor de Psihiatrie a Copilului şi Adolescentului în Franța (cap. 29, 6.1.). Acest tip de tratament permite în plus menținerea copilului în familia sa.

Separarea copilului şi plasarea lui instituțională cu timp integral (spitalizare prelungită, internat) trebuie să rămână indicații excepționale. Toate studiile catamnestice arată clar rolul pozitiv al părinților şi menținerea copilului în familia sa ca un criteriu de evoluție favorabilă. Este deci important să se facă tot posibilul pentru a menține aceste legături. Nu trebuie să se recurgă la soluția plasamentului cu timp integral decât dacă familia este în mod deschis rejectantă mergând până la a fi periculoasă pentru copil. În aceste condiții, soluțiile de tip *„plasament familial terapeutic"* sunt preferabile unei spitalizări cu timp integral într-o instituție (cap. 29, 6.2.).

În schimb, nu trebuie contestată valoarea adesea terapeutică a „micilor" separări temporare care permit copilului, ca şi părinților, să aibă experiența unei posibile vieți separate, a regăsirilor, iar părinților să aibă momente de relativ repaus. Pentru aceste motive „sejururile de ruptură" sunt adesea necesare şi benefice.

BIBLIOGRAFIE

ADRIEN J. L., BARTHEEMY C., ETOURNEAU F., DANSART P., LELORD G.: Etude des troubles de la communication et de la cognition d'enfants autistes. *Neuropsychiat. Enf. Ado.*, 1988, 36, 7, 253-260.

AICARDI J., RAMOS O.: Le syndrome de Rett: autisme, démence et ataxie d'évolution progressive chez la fille. *Neuropsychiat. Enf. Ado.*, 1986, 34, 5-6, 275-281.

AMAR M.: Essai sur l'évolution de la nosographie des psychoses infantiles. Thèse, Bordeaux, 1975.

AUSSILLOUX CH., LIVOIR-PETERSEN M.F. (sous la direction de): *L'autisme cinquante ans après Kanner*, 1 vol. Erès éd., 1994.

BAILEY A., PHILLIPS W., RUTTER M.: Autism: towards and integration of clinical genetic, Neuropsychological and Neurobiological Perspectives. *J. Child, Psychol. Psychiat.*, 1996, 37, 1, 89-126.

BARON-COHEN S., TAGER-FLUSBERG H., COHEN D.J.: Understanding other minds. Perspectives from autism. 1 vol. Oxford Med. Pub., 1993.

BARTHELEMY C., HAMEURY L., LELORD G.: *L'autisme de l'enfant. La thérapie d'échange et de développement.* ESF éd., Paris, 1995, 1 vol.

BERQUEZ G.: *L'autisme infantile.* PUF éd., Paris, 1983, 1 vol.

BETTELHEIN B.: *La forteresse vide.* Gallimard, Paris, 1969.

BIZOUARD P.: Clinique des expressions délirantes chez l'enfant, *Neuropsychiat. Enf. Ado.*, 1989, 37, 2-3, 47-58.

CARLIER M., ROUBERTHOUX P.: Psychoses à manifestations précoces et psychoses à manifestations tardives: apport de l'anlyse génétique. *Psych. enf.*, 1979, 22 (2), 473-502.

DESPERT L.: *La schizophrénie infantile.* PUF, Paris, 1978.

DUCHE D. J.: *Histoire de la psychiatrie de l'enfant.* PUF éd., Paris, 1990, 1 vol.

DUCHE D. J., STORK H.: Psychoses et schizophrénies infantiles. EMC, Paris, 1971, *Pédiatrie*, 4101 N 10.

FOMBONNE E.: La position de l'autisme et des psychoses infantiles dans plusieurs nosographies. *Handicaps et Inadaptation*, Cahier du CTNERHI, 1992, 57, 27-38.

FOMBONNE E.: Etudes épidémiogiques de l'autisme infantile. *In: Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*, PUF éd., 1995, 2, 1171-1185.

GEISSMANN CL. et P.: *L'enfant et sa psychose.* Dunod éd., Paris, 1984, 1 vol.

HOUZEL D.: Nouvelles approches psychopathologiques de l'autisme infantile. *In: Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*, PUF éd., 1995, 2, 1125-1154.

HUGHES Cl.: Théories cognitives de l'autisme. *In: L'autisme cinquante ans après Kanner* sous la direction d'Aussilloux Ch., Livoir-Petersen M. F., 33-42. Erès éd., 1994.

KANNER L.: Les troubles autistiques du contact affectif. Traduction française de l'article paru dans *Nervous Child*, 1943, 2, 217-250 par M. Rosenberg. *Neuropsychiat. Enf. Ado.*, 1990, 38, 1-2, 65-84.

KANNER L.: Etude du devenir de onze enfants autistes suivis en 1943. Traduction de l'article paru dans *J. Autism Schizophr.*, 1971, 1-2, 119-145. Traduction par M. Rosenberg. *Neuropsychiat. Enf. Ado.*, 1992, 40, 5-6, 317-322.

KLEIN M.: *Essais de psychanalyse.* Payot, Paris, 1972.

LELORD G., MUN J.P., PETIT M., SAUVAGE D.: *Autisme et troubles du développement global de l'enfant*, ESF éd., Paris 1989, 1 vol.

MAHLER M.: *Psychose infantile.* Payot, Paris, 1973.

MALVY J., ADRIEN J.L., SAUVAGE D.: Signes précoces de l'autisme et films familiaux, *Psychiatrie de l'Enfant*, 1997, 60, 175-198.

MANZANO J., LAMUNIERE M. C., PECKOVA M.: L'enfant psychotique devenu adulte. *Neuropsychiat. Enf. Ado.*, 1987, 35, 10, 429-443.

MARCELLI D.: La position autistique: hypothèses psychopathologiques et ontogénétiques. *Psychiatrie Enf.*, 1983, 26, 1, 5-55.

MARCELLI D.: *Position autistique et naissance de la Psyché.* PUF éd., Paris, 1986, 1 vol.

MARCELLI D.: Réflexion sur une conduite particulière de l'enfant autiste: prendre la main, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence,* 1983, 31, 5-5, 259-261.

MELTZER D., BREMMER J., HOXTER S., WEDDELL D., WITTENBERG I.: *Le monde de l'autisme.* Payot, Paris, 1980.

MELTZER D.: L'objet esthétique. *Rev. Franç. Psychanalyse,* 1985, 49, 1385-1389.

MISES R., MONIOT M.: Les psychoses de l'enfant. EMC, Paris, 1970, *Psychiatrie,* 37299 M 10, M 20, M30.

NUMERO SPECIAL: Psychoses de l'enfant. Articles de Misès, Launey, Lang, Duché etc. *Confrontations Psychiatriques,* Spécia, 1969, no 3.

NUMERO SPECIAL: Autisme et psychoses infantiles précoces. *Neuropsychiatrie Enf.,* 1983, 31, 5-6, 219-306.

OLLSON B., RETT A.: Behavioral observations concerning differential diagnosis between the Rett syndrom and Autism. *Brain Dev.,* 1985, 7, 3, 281-289.

PARQUET Ph., BURSZTEJN Cl., GOLSE B.: *Soigner, éduquer l'enfant autiste?* Masson éd., Paris, 1 vol., 1990.

PERRON R., RIBAS D. (sous la direction de): Autisme de l'enfance, *Rev. Franc. Psychanalyse,* 1 vol. Monographie, 1994.

PIVEN J., ARNDT S., BAILEY J., ANDREASEN N.: Regional Brain Enlargement in Autism: a Magnetic Resonance Imaging Study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1996, 35, 4, 530-536.

RIMLAND S.: The differentiation of chilhood psychosis: an analysis of checkliste for 2 218 psychotic children. *J. Autism. Child. Schizoph.,* 1971, 1, 161-174.

RIVIERE P., BRACONNIER A., DUCHE D.J.: Evolution des psychoses infantiles précoces: Etudes rétrospectives. *Neuropsych. de l'enf.,* 1980, 28 (3), 117-131.

SAUVAGE D.: *Autisme du nourrisson et du jeune enfant.* Masson éd., Paris, 2e édition, 1986, 1 vol.

SCHOPLER E., REICHLER R.J., LANSING M.: *Stratégies éducatives de l'autisme.* Masson éd., Paris, 1988, 1 vol.

SOULE M., GOLSE B.: *Les traitements des psychoses de l'enfant et de l'adolescent,* Bayard éd., Paris, 1992, 1 vol.

SOULE M., HOUZEL D., BOLLAERT S.: Les psychoses infantiles précoces et leur traitement. *Psych. enf.,* 1976, 19 (2), 341-397.

TORDJMAN S., FERRARI P., GOLSE B., BURSZTEJN Cl., BOTBOL M., LEVOVICI S., COHEN D.J.: „Dysharmonies psychotiques" et „Multiplex developmental disorder": histoire d'une convergence, *Psychiatrie de l'Enfant,* 1997, 60, 2, 473-504.

TOWBIN K.E.: Pervasive developmental disorder not other wise specified. *In:* COHEN D.J. and VOLKMAR F. (ed.) *Handbook of autism and pervasive developmental disorder.* Second Edition, John Wiley and Sons Inc ed., New York, 1997, chapitre 6, 123-147.

TUSTIN J.: *Autisme et psychose de l'enfant.* Seuil, Paris, 1977.

ULLINGER A.: Locomotion, posture et manipulation manuelle chez l'enfant autiste. *In: Autisme et troubles du développement global de l'enfant,* ESF éd., Paris, 1989, 38-43.

VOLKMAR F., KLIN A., SCHULTZ R., BRONEN R., MARANS W., SPARROW S., COHEN D.: Asperger's syndrome. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1996, 35, 1, 118-123.

VOLKMAR F.: Childhood and adolescent psychosis : a review of the past 10 years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1996, 35, 7, 843-851.

VOLKMAR F.R., KLIN A., COHEN D.J.: Diagnosis and classification of autism and related conditions: consensus and issues. *In:* COHEN D.J. and VOLKMAR F. (ed.) *Handbook of autism and pervasive developmental disorder.* Second Edition, John Wiley and Sons Inc ed, New York, 1997, chapitre 1, 5-40.

WERRY J.: Childhood schizophrenia. *In:* Psychoses and pervasive developmental disorders in childhood and adolescence. Volkmar éd., Washington D.C., *American Psychiatric Press,* 1996, 1-56.

WIENER P.: Autisme infantile et symbiose psychotique. *Psych. enf.,* 1978, 21 (1), 305-318.

WINNICOTT D.W.: La crainte de l'effondrement. *Nouvelle revue psychanalyse,* Gallimard, 1975, 11, 35-44.

17 STĂRI ANXIOASE, SIMPTOME ŞI ORGANIZĂRI CU ASPECT NEVROTIC

Apariţia anxietăţii constituie la copil, ca şi la adult, poarta de intrare în majoritatea conduitelor psihopatologice descrise de-a lungul acestei lucrări. Studiile cele mai recente, sub impulsul actualelor clasificări, individualizează tulburările anxioase în formele cronice şi încă mai mult cele acute (atacul de panică, „tulburarea de panică") şi se suprapune peste modelul adult a cărui pertinenţă rezidă în mare parte în eficacitatea terapeutică a antidepresivelor în manifestările clinice ale angoasei. În acelaşi timp această abordare pur descriptivă îşi arată totuşi limitele la copil având în vedere pe de o parte raporturile complexe între anxietatea de separare numită de dezvoltare şi angoasa de separare numită patologică şi pe de altă parte constatarea asocierilor patologice încă numite „comorbiditate" a căror frecvenţă foarte mare alături de tulburările anxioase pune implicit problema transformării de afect anxios într-o altă patologie fie ea psihică (fobie, inhibiţie, obsesie...), afectivă (depresie), comportamentală (instabilitate, agitaţie, furie...) sau cu expresie somatică (tulburări de somn, de alimentaţie, acuze hipocondriace).

A descrie anxietatea nu pare suficient. În mod sigur explicaţia psihopatologică nu trebuie să se substituie descrierii semiologice, dar aceasta din urmă nu are sens decât susţinută de o elaborare şi un model teoretic.

În acest capitol descriem mai întâi anxietatea la copil, apoi manifestările clasic descrise ca simptome nevrotice care ar putea fi considerate ca primul palier al transformării angoasei, înainte de a aborda problema nevrozei copilului.

1. — ANXIETATE ŞI ANGOASĂ

1.1. — STUDIU CLINIC

În mod clasic se disting:

– anxietatea: afect penibil asociat cu o atitudine de aşteptare a unui eveniment neprevăzut dar trăit ca dezagreabil;

– angoasa: senzaţia de rău extrem însoţită de manifestări somatice (neurovegetative şi/sau viscerale);

– teama legată de un obiect, o situaţie precisă legată fie de experienţă, fie de educaţie.

În practică, un gradient continuu leagă angoasa – anxietatea – frica ce merge de la o stare care ar fi pur fiziologică (reacţia la stres) la o mentalizare progresivă a conduitei (locul fantasmei).

Angoasa survine atunci când echipamentul maturativ al individului nu poate răspunde într-o manieră adecvată unei tensiuni trăite ca ameninţătoare: nici această tensiune de origine internă sau externă, nici echipamentul maturativ deficitar sau încă neexperimentat, nu schimbă nimic din natura afectului. Se înţelege totodată că manifestările clinice ale angoasei sunt variate, multiple şi schimbătoare. În afară de manifestările cronice şi acute, în clinica infantilă trebuie să distingem de asemenea manifestările angoasei preverbale de cele care apar atunci când copilul poate exprima în cuvinte ceea ce simte.

Clinica angoasei preverbale a sugarului şi a copilului foarte mic

Constatarea acestei angoase depinde în mare parte de capacităţile de observaţie şi de empatie ale adultului. Fiecare mamă cunoaşte registrul de strigăte ale copilului ei care exprimă furia, plăcerea legănatului, chemarea, dar uneori şi panica: acestea din urmă o fac să vină repede lângă el.

Aceste strigăte de panică se asociază cu:

– tulburări tonice: hipertonie, mari descărcări motorii în cadrul unei motricităţi adesea dezorganizate, sacadate;

– o hipervigilenţă cu o figură imobilă, silenţioasă, atentă dar „îngheţată";

– comportamente de agăţare tonicomotorie sau vizuală, de agăţare de celălalt sau, dimpotrivă, de gesticulare anarhică, cu mare retragere a capului sau trunchiului înspre spate;

– o incapacitate a copilului de a se cuibări sau de a găsi o atitudine confortabilă în braţele adultului în pofida eforturilor acestuia din urmă.

Tulburările somatice sunt frecvente, anorexie, colici etc., dar în special tulburări de somn şi mai ales dificultăţile bebeluşului de a găsi un ritm somn-veghe regulat şi satisfăcător.

Angoasa de figura străinului descrisă de R. Spitz (v. cap. 1, 4.4.) şi, mai mult, a reacţiei de protest descrisă de J. Bowlby la un copil care tocmai a fost separat de mama lui arată, atât una cât şi cealaltă, locul anxietăţii/angoasei în dezvoltarea şi maturizarea sugarului (v. 1.2.).

Clinica anxietăţii copilului

Anxietatea cronică sau hiperanxietatea

Copilul hiperanxios trăieşte în permanenţă cu un sentiment vag de teamă, ca şi cum ceva teribil urmează să se întâmple. Această aşteptare anxioasă se manifestă în special prin:

- nelinişte cu privire la viitor, însoţită adesea de teama că ar putea surveni un accident, o boală (pentru copilul însuşi sau pentru cei apropiaţi lui);
- iritabilitate, furii, refuzuri, capricii;
- exigenţe sau nevoia de a avea un adult în preajmă, de a fi liniştit;
- temeri privind atitudini trecute („am făcut rău că...");
- gânduri depresive (devalorizare, culpabilitate) se asociază adesea (v. cap. 18, 2.1.).

Pe acest „fond anxios" pot surveni episoade acute, veritabile atacuri de angoasă, a căror declanşare poate să fie datorată factorilor externi (boală, intrarea la şcoală, schimbarea clasei, mutare, tabără de vacanţă etc.) sau interni.

Criza de angoasă acută: atacul de panică

Descris în DSM-III-R ca atac de panică (recurenţa acestor „atacuri" fiind definită ca „tulburare de panică"), criza de angoasă acută prezintă un *debut spontan şi paroxistic* marcat prin:

- semne somatice: palpitaţii, tahicardie, senzaţie de sufocare, dureri toracice, abdominale, greaţă...;
- semne neurologice: tremurături, secuse musculare, vertije, stări de rău;
- semne motorii: agitaţie sau prostraţie;
- semne vasomotorii: transpiraţii, bufee de căldură sau frisoane;
- semne psihice: senzaţia de straniu, de pierdere a reperelor, de teamă de moarte, de a înnebuni.

Cu cât copilul este mai mic, cu atât contextul somatic este mai bogat. Copilul pare terifiat, transpirat, este dificil accesibil „raţionamentului". Când este mic, înainte de 7-8 ani, doar prezenţa unui părinte, tatăl sau mama, este susceptibilă de a calma acest acces de angoasă. Exemplul cel mai tipic în acest sens este

teroarea nocturnă (v. cap. 4, 2.2.). Cu vârsta, copilul îşi exteriorizează angoasa, nu numai exprimând-o, dar cel mai frecvent acţionând: astfel, corolarul crizei de angoasă devine, către 11-12 ani, trecerea la act sub diferite forme: crize de furie, atitudini de exigenţe insaţiabile, fugi, tulburări de comportament diverse. Riscul este atunci ca anxietatea adultului să provoace o spirală ascendentă în care angoasa unuia să o amplifice pe a celuilalt. Contenţia fizică fermă, dar binevoitoare, limitarea distructivităţii copilului reprezintă cele mai bune atitudini pentru a calma într-o primă etapă acest acces acut de angoasă. În aceste condiţii, copilul se calmează spontan în câteva minute.

Deşi se descrie debutul ca fiind spontan, abordarea clinică empatică regăseşte adesea un eveniment şi în plus un gând care precedă criza şi o declanşează. Acestea au în general o legătură cu ideea de separare. Cu cât copilul este mai mic, cu atât distincţia dintre hiperanxietate sau angoasă acută, pe de o parte, şi angoasă de separare patologică, pe de altă parte, pare mai dificilă, chiar artificială. Vom aborda aceast punct în partea teoretică.

Evoluţie

Dacă aceste accese pot să se repete identic definind „tulburarea de panică", ele pot evolua şi se pot transforma în mod regulat, ducând la apariţia conduitelor fobice sau la alte manifestări numite nevrotice (v. în continuare).

Asocierea altor tipuri de patologii atât de frecvent descrise sub denumirea de „comorbiditate" în literatura anglo-saxonă, nu face decât să traducă această transformare psihică a angoasei şi dau seama de „complicaţii" cu apariţia de:

- simptome depresive, chiar o veritabilă depresie;
- tulburări de comportament (opoziţionism, agitaţie, instabilitate);
- tulburări de atenţie (tulburări deficitare ale atenţiei);
- tulburări de adaptare socială (fobie şcolară);
- la adolescenţă, apariţia conduitelor de toxicomanie.

Toate anchetele epidemiologice arată frecvenţa unor astfel de asocieri fără a ţine cont de manifestările fobice (fobie simplă, fobie socială) ceea ce face adesea dificilă lectura şi interpretarea acestor lucrări.

În ceea ce priveşte evoluţia la adolescenţă şi la vârsta adultă, studiile cele mai recente tind să arate: 1) continuitatea semiologiei anxioase a copilului la vârsta adultă (Biederman, 1997); 2) importanţa comorbidităţii mai ales depresive la subiect şi prezenţa manifestărilor anxioase la alţi membri ai familiei (Pollack, 1996). Pentru evoluţii mai specifice la adolescenţă: vezi „Adolescenţă şi psihopatologie", ed. a 4-a, cap. 8.

Epidemiologia tulburărilor anxioase

Este destul de dificil să avem o idee precisă asupra frecvenţei tulburărilor anxioase la copil în măsura în care numeroase studii cumulează în rezultatele lor copii şi adolescenţi sau includ grupa de vârstă pubertară (11/13 ani – 13/14 ani).

La copilul mic şi până la faza pubertăţii, angoasa de separare patologică pare să fie manifestarea cea mai frecventă (Kashani şi Orvaschel, 1990: 25,7% la 8 ani din care 18%: angoasă de separare). Ar fi o predominanţă a fetelor. Într-o anchetă personală (care se va publica) incluzând 589 de copii între 2 şi 3 ani (intrarea la grădiniţă) şi 617 copii între 5 şi 6 ani (intrarea la şcoala primară) incidenţa angoasei de separare (criteriile DSM-III-R) ar fi diferită după percepţia părinţilor sau învăţătorilor (anchetă prin heterochestionar) şi ar fi cuprinsă în medie de 6,3% între 2 şi 3 ani şi 2,75% între 5 şi 6 ani cu un raport pe sexe apropiat de 1.

Manifestarea angoasei de separare	*Între 2 şi 3 ani*	*Între 5 şi 6 ani*
Reperate de părinţi	7,8%	3,9%
Reperate de învăţător	4,8%	1,6%
Medie	6,3%	2,75%

În plan simptomatic trebuie semnalat cumulul diverselor manifestări anxioase (angoasă de separare, hiperanxietate, fobie socială, evitare, tulburări opoziţionale) care apar la majoritatea copiilor. Această asociere pare să demonstreze cel puţin la copil aspectul într-un fel artificial al acestor entităţi descrise.

Pentru alte tulburări anxioase, prevalenţele constate sunt următoarele (raportate de Mouren-Simeoni şi colab. 1993):

- fobie socială (7-11 ani): aproximativ 1%;
- fobie simplă (7-11 ani): 3 până la 9%;
- tulburări obsesiv-compulsive: sunt semnalate câteva cazuri la copil, dar, din cunoştinţele noastre, nu există studii epidemiologice referitoare doar la copilul pre-puber.

În ansamblul diferitelor studii se constată o scădere semnificativă a angoasei patologice de separare la adolescenţă şi invers, o creştere a celorlalte manifestări anxioase începând cu această vârstă. Cu cât copilul este mai mic cu atât pare mai artificial de separat, pe de o parte, tulburarea „angoasă de separare" şi, pe de altă parte, tulburarea de „hiperanxietate", deoarece între cele două „tulburări" există itemi de diagnostic comuni, iar asocierea (comorbiditate) între aceste două serii de tulburări este cu atât mai frecventă cu cât copilul este mai mic.

În sfârşit studiile epidemiologice nu par, după cunoştinţele noastre, să abordeze populaţia preverbală: sugarii, copiii foarte mici, care rămân domeniul exclusiv al clinicienilor.

1.2. — TEORII ŞI MODELE ALE ANGOASEI LA COPILUL MIC ŞI LA COPIL

La copil angoasa este oare un simptom sau o condiţie a dezvoltării sale? Dacă angoasa este un simptom, în ce constă simptomul:

- într-o anomalie neurochimică?
- într-o nevoie primară negratificată?
- într-o pulsiune nesatisfăcută?
- într-o ameninţare externă sau internă a subiectului?

Dacă, invers, ea este considerată ca o condiţie a dezvoltării, atunci participă la epigeneza individului. Raporturile dintre angoasă şi „normalitate" merită să fie clarificate. Altfel formulat, un copil poate să crească fără a cunoaşte angoasa: dezvoltarea nu este ea însăşi sursă de angoasă prin constrângerea schimbării pe care o impune?

De cincisprezece ani, studiile asupra anxietăţii şi angoasei la copil au fost reînnoite prin perspectivele actuale ale unei psihiatrii descriptive care se vrea „a-teoretică", după expresia consacrată de DSM-III-R sau IV. Dacă pentru angoasa adultului numita clasificare poate propune criterii descriptive care scot „simptomul" din cadrul nevrotic obişnuit, pentru copil referirea la dezvoltare rămâne inevitabilă.

A aborda problema angoasei doar prin intermediul descrierii semiologice conduce la un impas relativ deoarece domeniile psihopatologice sunt descrise în cvasi-totalitate ca o acumulare de „comorbiditate". Este deci important să ne întrebăm asupra locului angoasei în dezvoltare şi în construirea personalităţii.

S. Freud şi modelele angoasei infantile

Cazul Micului Hans publicat iniţial în 1909 este paradigmatic pentru ideile lui Freud asupra legăturilor dintre angoasă şi sexualitate, mai ales asupra rolului central pe care îl atribuie complexului Oedip în teoria psihanalitică.

Simptomul în cauză la acest copil de 5 ani este teama de a fi muşcat de cai, teamă care îl împiedică să iasă din casă. În prima sa elaborare teoretică, Freud

pune problema menținerii legăturii cu mama. De fapt, în visul inițial de angoasă Hans o pierde pe mama sa, el nu mai poate „să fie tandru“ cu aceasta. Autorul concluzionează că „tandrețea crescută pentru mama sa se transformă în angoasă care sucombă în refulare“. Alt aspect subliniat de Freud constă în punerea în evidență la Hans a unei angoase de pierdere a unei părți din corp pe care autorul o leagă de amenințarea cu castrarea. Angoasa fobică este datorată refulării (prima teorie) tendințelor agresive (ostile față de tată, sadice față de mamă). Teama de a externaliza asemenea pulsiuni este deplasată asupra unui obiect substitutiv, dar funcția simptomului este de a menține legătura cu mama. „Micul îndrăgostit se cramponează prin fobia sa chiar de obiectul iubirii, cu toate măsurile care au fost luate pentru a-l face inofensiv. Caracterul special al unei tulburări nevrotice se manifestă în acest dublu rezultat“. În această primă teorie, angoasa rezultă din refularea libidoului atunci când aceasta nu își găsește obiectul care să-l satisfacă: angoasa este deci secundară și reprezintă o imperfecțiune, un reziduu al unui mecanism psihic (refularea) imperfect. Astfel, atunci când mama este absentă, libidoul nemaiavând obiectul fixației trebuie să fie refulat, ceea ce provoacă angoasa. Când excitația sexuală și dorința masturbatorie nu pot să fie menținute în conștiință, libidoul trebuie să fie refulat: acesta se transformă atunci în angoasă.

Cu toate acestea, Freud a modificat profund această teorie în *Inhibiție, Simptom, Angoasă*. În 1926, el reexaminează acest caz în lumina remanierilor teoretice pe care le aduce acestui text. Scopul fobiei este de acum înainte de a încerca să soluționeze conflictul oedipian față de tată prin refularea mișcării pulsionale ostile. Motorul refulării este „angoasa în fața amenințării cu castrarea“. A fi mușcat este un substitut al conținutului „a fi castrat de tată“, conținut care suferă refularea. În această a doua teorie, „de îndată ce eul a recunoscut pericolul castrării dă semnalul angoasei și inhibă, prin intermediul instanței plăcere–neplăcere, procesul de investire amenințător din Sine. Simultan se efectuează formarea fobiei... Angoasa de castrare primește un alt obiect și o expresie deformată“. Sistemul de proiecție pus în joc schimbă „un pericol pulsional intern“ cu „un pericol perceptiv extern“ față de care este mai ușor să se apere prin „fuga care nu folosește la nimic în situația unui pericol venind din interior“. Astfel angoasa a devenit un semnal de alarmă; ea împinge Eul copilului să utilizeze diverse mecanisme de apărare pentru a lupta împotriva a ceea ce i se prezintă ca un pericol. Simptomul are o funcție economică ce permite oprirea dezvoltării angoasei. Este important să sesizăm aici corect cum s-a trecut de la înțelegerea „reflexologică“ a angoasei la o ipoteză metapsihologică, angoasa devenind precursorul unei elaborări fantasmatice secundare. În funcție de stadiul maturativ al copilului, nivelul angoasei fantasmatice evoluează, cum bine a arătat A. Freud, trecând de exemplu de la angoasa de pierdere a obiectului, la angoasa de pierdere a iubirii obiectului, apoi la angoasa de castrare („Normal și patologic“).

Există oare o legătură între angoasa de separare și angoasa de castrare?

S. Freud a schițat acest aspect de dezvoltare plasând angoasa de castrare în continuarea angoasei de separare inițiale și evoluând către o angoasă „morală“ sau „socială“ *(Inhibiție, Simptom, Angoasă*, 1926).

În 1905 (*Trei eseuri asupra teoriei sexualității*), S. Freud scria: „angoasa copiilor nu are la origine altceva decât un sentiment de absență a persoanei iubite“. În 1926, el prezintă în final angoasa de separare ca un substrat de fond comun pentru angoasa nevrotică. Mai târziu, trecând prin jocul cu bobina (În: *Essai de psychanalyse*, capitolul II), S. Freud descrie manipularea de către un copil de 18 luni a absenței și reapariției unui obiect atunci când este singur, joc punctat de exclamații („for“: plecat; „da“: iată). Autorul observă că timpul până la reapariția obiectului îi provoacă plăcere copilului: „plecarea era pusă în scenă pentru ea însăși doar ca un joc și pentru plăcerea pe care întreg episodul și concluzia sa, i-o provoca“. Cum se poate ca un lucru *a priori* dezagreabil, absența, să provoace plăcere? Sunt avansate două explicații. Ar putea fi vorba de pulsiuni agresive față de mamă în mod obișnuit reprimate. Copilul și-ar exprima astfel dezaprobarea față de singurătatea sa, față de lipsă. „Obiectul se naște din ură“.

S. Freud propune o altă explicație: organizarea unui asemenea joc ar putea fi expresia unui anume nivel de maturizare a aparatului psihic, astfel încât copilul să înceapă să-și fie suficient lui însuși pentru a conține amenințarea de anihilare legată de angoasă și solitudine. O astfel de stăpânire este, pe de altă parte, sursă de plăcere. Această conduită de stăpânire reprezintă tentativa de a controla pericolul trăit în trecut de la o poziție pasivă la o atitudine activă. Copilul începe să-și utilizeze psihismul în manieră autonomă. El ajunge să-și reprezinte și să tolereze separarea, solitudinea. Investirea funcționării autonome (la fel de bine mentalizată intern ca și externalizată comportamental) reprezintă astfel un palier esențial în transformările posibile (sau imposibile) ale angoasei.

M. Klein și dualismul pulsional fondator

Pentru M. Klein, dualismul pulsional al individului este constituțional. De asemenea, bebelușul, oricât de mic ar fi, trebuie să facă față antagonismului pulsiunilor sale agresive (pe care le proiectează) și libidinale. Fără a reveni aici asupra principalelor elaborări teoretice (v. p. 45), vom spune pe scurt că angoasele sunt în principal persecutorii în faza schizoparanoidă: bebelușul se apără de angoasa provocată de pulsiunile sale agresive proiectându-le pe acestea asupra obiectelor rele înconjurătoare (sânul rău-frustrant, apoi mama rea), în timp ce, prin clivaj, protejează imaginea sânului bun gratificant, apoi a mamei bune. Acest clivaj are totuși drept consecință faptul de a face bebelușul să trăiască, conform cu M. Klein, în angoasa de a fi „atacat“ de către acest sân rău sau de

către această mamă rea (angoasă paranoidă). Un al doilea palier este atins atunci când se constituie premisele obiectului total în care se află interiorizarea fricii de distrugere a sânului bun sau a mamei bune. Atunci se desfăşoară angoasele depresive, bebeluşul având sentimentul de a fi rău faţă de obiecte sau de persoane bune. În mod secundar, trecându-se de stadiul poziţiei depresive, prin deplasări şi condensări metonimice se va organiza angoasa de castrare.

În viziunea lucrărilor lui M. Klein, este clar că angoasa este un dat existenţial de bază de la care nici un copil nu ar putea scăpa.

Angoasa de separare prototip

Numeroşi autori s-au obişnuit să dateze cronologic apariţia angoasei la copil, distingând un înainte (paradisul pierdut, edenul mitic?) şi un după. Rank şi traumatismul naşterii, protip al întregii angoase ulterioare, Spitz şi angoasa de figura străinului, M. Mahler şi faza de separare–individuare sunt exemple reprezentative.

– Pentru Spitz, bebeluşul nu cunoaşte la început decât stări de tensiune fiziologică dezagreabile în primul semestru al vieţii sale. În cursul celui de-al doilea semestru, recunoaşterea progresivă a figurii materne şi percepţia absenţei sale (frica de figura străinului către a opta lună) constituie al doilea organizator în jurul căruia se va produce elaborarea psihică. Vom revedea acest aspect în legătură cu fobiile.

– Pentru M. Mahler, punctul de plecare este existenţa unei stări fuzionale între mamă şi copil, total gratificante, din care orice angoasă este exclusă. Angoasa apare în primele stadii ale fazei de separaţie, într-o perioadă în care echipamentul maturativ al copilului a făcut progrese, astfel încât, atât la mamă cât şi la copil, fantasma unei perfecte simbioze nu mai poate să fie menţinută. Atunci apare angoasa de separare şi în jurul ei se vor organiza etapele ulterioare.

– Într-o perspectivă uşor diferită, Sandler şi Joffe disting două stări afective de bază, una care ar fi de suferinţă (cvasi-fiziologică), când obiectul relaţiei fuzionale lipseşte în perioada când el este încă necesar, cealaltă, veritabilă trăire depresivă, care apare într-un timp secundar şi se traduce prin nostalgia şi suferinţa psihică secundară absenţei obiectului, dar într-o perioadă mai târzie.

– Bowlby consideră că nevoia de ataşament a sugarului de mama lui este o nevoie primară a cărei non-satisfacţie provoacă apariţia unei *„angoase primare"*. Această angoasă este totuşi înţeleasă la început ca rezultantă a unei imposibilităţi pentru copil de a-şi găsi obiectul său de ataşament normal. Realitatea absenţei direct inspirată din studii etologice este mai importantă aici decât în lucrările lui Spitz, unde deosebirea în raport cu o figură cunoscută (aceea a mamei) joacă rolul esenţial.

Pentru Bowlby, angoasa este deci o reacţie primară faţă de separaţie şi constituie modelul tuturor situaţiilor ulterioare provocatoare de angoasă. Această teoretizare a condus de altfel la elaborarea unui model experimental: „situaţia străinului" (M. Ainsworth şi colab., 1978) pornind de la care sunt descrise diferite tipuri de ataşament la copil: ataşament sigur şi stabil, ataşament anxios, ataşament ambivalent. Aceste modele de ataşament par relativ stabile în cursul dezvoltării. Tinde astfel să fie descrisă un fel de tipologie constituţională care, bineînţeles, prezintă numeroase legături cu angoasa de separare şi comportamentul anxios. Dar dimensiunea unei transmiteri transgeneraţionale nu este străină de acestea, după cum arată lucrările lui M. Main (1990), care tind să pună în relaţie tipul de ataşament constatat la copil şi modelul intern de ataşament regăsit la mamă.

Angoasă normală sau patologică

Fără a pretinde că epuizăm problema angoasei la copil şi originile sale, vom încheia evocându-l pe Winnicott. Acest autor reia în parte teoriile kleiniene, dar incluzând în acestea şi relaţia maternă. Solicitudinea maternă primară permite sugarului o gratificare cvasi-completă a tuturor nevoilor sale. Micile inadecvări progresive şi inevitabile dintre mamă şi copil îl vor conduce puţin câte puţin pe bebeluş la a renunţa la acest sentiment iluzoriu de completitudine şi omnipotenţă, apoi la a introduce senzaţia de lipsă, ca sursă de angoasă. După cum mama va menţine această stare de lipsă în limite acceptabile sau nu pentru copil, de acest lucru va depinde evoluţia maturativă a acestuia din urmă şi stabilirea unei liniştiri suficiente sau, din contră, apariţia angoasei pe care Winnicott o va numi în ultimele lui lucrări „teama de prăbuşire" împotriva căreia sunt ridicate apărările psihice şi somatice (v. cap. 1, 4.5.).

Într-o recentă încercare de sinteză, B. Golse (1995) descrie apariţia angoasei după o axă de diferenţiere/separaţie pe un versant narcisic legat de stadiile precoce de dezvoltare. Există mai întâi angoasa descrisă de diverşi autori din perspectiva fuziune-defuzionare utilizând termeni ca angoasă de golire, de lichefiere, de prăbuşire, de explozie, de extracţie, de precipitare, de aglutinare, de intruziune, de anihilare, de cădere în gol, de pietrificare... denumiri metaforice al căror scop este de a da o formă reprezentativă stărilor observate în stadiul preverbal. Contrar angoaselor precedente dominate de ameninţarea inefabilă a pierderii obiectului primar, angoasa de separare survine prin intervenţia unui al treilea separator („figura străinului": tatăl?), angoasă de „precastrare" care răspunde travaliului de elaborare psihică (proiecţie, deplasare, izolare...) care, prin metonimie, se deplasează asupra diverselor „obiecte" simbolice de castrare: ameninţarea de a fi tăiat de obiectele sale provocatoare de angoasă (lăsăm ambiguitatea semantică a termenului „a fi tăiat": a fi separat, a fi secţionat, a fi

rănit...). Limbajul devine purtătorul de anxietate, dar permite travaliul de transformare.

Prin această scurtă incursiune teoretică, scopul nostru a fost de a arăta că toți autorii s-au aplecat asupra primelor stadii evolutive ale copilului și au abordat în mod necesar problema apariției angoasei. Observarea copilului, ipotezele teoretice care susțin această observare, clinica pedopsihiatrică și copilul normal se găsesc aici indisolubil legate. Acest lucru ne readuce la problema naturii normale sau patologice a angoasei. Aceasta este o problemă care nu poate niciodată să fie tranșată în instantaneul unei observații clinice, dar care necesită constant o perspectivă dinamică. Așa după cum a spus A. Freud: „nu este prezența sau absența angoasei, calitatea sa sau chiar cantitatea sa care să poată prezice echilibrul psihic ulterior sau boala. Semnificativă în această privință este doar capacitatea Eului de a stăpâni angoasa".

2. — TRANSFORMAREA ANGOASEI: MANIFESTĂRILE NUMITE NEVROTICE LA COPIL

Raporturile dintre angoasă și diversele conduite sunt evidente pentru fobii, primul palier de elaborare a angoasei. Acestea sunt mai complexe împreună cu alte conduite (obsesii, simptome isterice, inhibiții...). O analiză superficială a simptomului poate chiar lăsa să se creadă în absența angoasei: „frumoasa indiferență" a copilului purtător al unei conversii isterice, inhibiția reușită care a șters angoasa. Totuși o analiză mai atentă, abordarea empatică și în plus psihoterapeutică relevă inevitabil prezența angoasei sub diferite forme (teamă hipocondriacă, angoasa de moarte sau de boală, tulburări de somn...), în spatele acestor simptome angoasa fiind și mai evidentă când acestea încep să cedeze.

2.1. — CONDUITE FOBICE LA COPIL

Fobiile sunt frici nejustificate față de un obiect sau o situație, cu care confruntarea este pentru subiect sursa unei reacții intense de angoasă. În raport cu fobia, subiectul, adult sau copil, tinde să utilizeze o strategie defensivă în cadrul căreia se pot descrie conduite de evitare, utilizarea unui obiect contrafobic sau a tehnicii de plonjare înainte (imersia de la comportamentaliști, învățarea pentru reflexologi).

Distincția este departe de a fi ușoară între frică și fobie, distinție unde intervine stadiul de maturizare a Eului, dar de asemenea experiența trăită, educația, capacitățile de obișnuire: din ansamblul acestor factori rezultă elaborarea fantasmatică care organizează teama sau fobia. Ca și pentru angoasă, ni se pare artificial și prea didactic să distingem „fricile sau fobiile normale" și „fricile și fobiile patologice". Doar evaluarea economică și dinamică poate da elemente de răspuns și nu doar un simplu reperaj semiologic.

Clasificarea americană (DSM-III-R, IV) distinge *fobiile simple* (obiect sau situație) în care domină anticiparea anxioasă, și fobiile sociale, teama numită irațională și persistentă de situații în care subiectul este expus la o eventuală observație atentă din partea cuiva.

Primele manifestări de fobie socială ar putea să fie la copil teama de interogare orală în clasă (teama de a ieși la tablă), teama de a vorbi în fața străinilor... Forma cea mai clară de „fobie socială" este la copil „fobia școlară" (v. infra). Existența unei „fobii sociale" este însoțită aproape întotdeauna la copil de o inhibiție (botezată evitare în DSM-III-R; această traducere nu ni se pare a aduce nimic în plus conceptului de inhibiție în afara faptului de a se centra pe polul comportamental descriptiv în defavoarea polului interiorizat, comprehensiv... cu atât mai mult cu cât DSM-IV pare să revină la termenul de „inhibiție").

Fricile

Fricile constituie prin frecvența lor un eveniment cvasi-constant în cursul creșterii: teama de întuneric între 18 luni și 2 ani, teama de animale mici, teama de animale care mușcă (lupul), teama de străini, teama de fantome sau de căpcăuni (condensare dintre frica de lup și de străin). Începând de la aproximativ 8 ani, apare teama existențială, teama de moarte uneori direct exprimată sau sub forma fricii hipocondriace. În aceste reacții de frică, intervin mai mulți factori:

– apariția sentimentului de individualitate, a unui Sine pe care trebuie să-l păstreze: acesta este un lucru ce se observă *a contrario* la copiii psihotici care par să nu aibă conștiința vreunei limite a lor înșiși, și se pun astfel în situații periculoase în mod repetitiv:

– climatul familial: frica de animale (câini) poate fi indusă printr-o slăbiciune excesivă a părinților, terorizați de fiecare dată când copilul se apropie de un animal, mai degrabă decât printr-o non-percepție a legitimei neliniști a copilului. Părinții vor atunci să-l forțeze să-și crească frica și angoasa prin confruntarea cu obiectul temut, teama de apă fiind un astfel de exemplu;

– în sfârșit, obișnuința joacă un rol care nu poate fi neglijat, prevalent chiar pentru teoreticienii comportamentului, modulând mai mult sau mai puțin starea afectivă care a însoțit o primă experiență trăită. Repetiția acestei prime experiențe spontane și active de către copil, sau din contră impusă de către anturaj, degajată

din climatul de anxietate inițială sau amplificată prin supraîncărcarea anxioasă a anturajului, puțin câte puțin se va lega sau dezlega de o angoasă solidarizând un mecanism de frică apoi de fobie sau din contră o atitudine adaptată și propice maturizării. Fobia se constituie atunci când frica invadează Eul copilului și împiedică astfel capacitățile sale adaptative și/sau evolutive.

Totodată considerăm că trebuie să distingem clar fobiile numite arhaice sau pregenitale, de fobiile perioadei oedipiene: dacă simptomul aparent este același, stadiul de maturizare a Eului, mijloacele de apărare de care dispune, relația de dependență de anturaj sunt la fel de diferite pe cât sunt și consecințele dinamice ale acestor două tipuri de fobii total opuse.

Fobii numite arhaice sau pregenitale

Se descriu sub acest termen stările de panică intensă cu toate semnele de teroare declanșate prin obiecte sau situații foarte obișnuite ale vieții cotidiene și observate cel mai frecvent la copiii mici ce prezintă manifestări psihotice. Totul se poate observa despre asta în materie de:

– teama de a trage apa la W.C., teama de aparate electrocasnice (aspirator, mașină de spălat), teama de baie sau orificiul de scurgere, teama de o trăsătură particulară (barbă...).

Aceste frici arhaice par să corespundă incapacității de elaborare mentală a angoasei. Se regăsește adesea o situație prototip în care copilul pare să fi avut pentru prima dată o criză de angoasă. Obiectul sau situația particulară din acel moment preiau ulterior această semnificație angoasantă. În toate aceste cazuri, masivitatea angoasei, siderarea obișnuită a ansamblului capacităților de elaborare mentală, absența contra-investirilor eficace (evitare, obiecte contrafobice), frecvența descărcării motorii (mare criză de agitație, de automutilare sau de furie) ca singură sursă posibilă de angoasă caracterizează aceste fobii de tip arhaic.

Fobiile perioadei oedipiene

Nu există evident nici o ruptură brutală, nici temporală, nici structurală între cele două tipuri de fobii. Totuși, apariția fricilor celei de-a doua copilării (între 2-3 ani și 6-7 ani) pare să corespundă altor mecanisme mentale. La această vârstă, natura obiectelor și situațiilor fobice este cvasi-infinită: animale (șoricel, șobolan, păianjen, șarpe, lup...); elemente naturale (apă, furtună, tunet, fulger); peisaj urban (lift, macara, mașină sau camion); personaje (străin, bărbos, doctor); personaje magice (monstru, fantomă, căpcăun); situații (solitudine sau agorafobie, o mobilă din apartament, un hol, înălțime sau gol); teama de boală (teama de murdărie, de microbi adesea precursori de ritualuri obsesionale); în sfârșit școala (vom studia ansamblul fobiilor școlare la capitolul consacrat școlii).

Funcții psihopatologice

Această enumerare ar putea să continue, dar nu trebuie să uităm că elementul evaluare este esențial pentru noi: ponderea investirii economice a obiectului și a situației fobice. De asemenea există toate posibilitățile intermediare între copilul care noaptea traversează în fugă holul pentru a ajunge la W.C., cu o mică strângere de inimă, și cel care urlă în camera sa, paralizat între frica de a urina în pat și teroarea de a traversa acel culoar. În al doilea caz, reacția poate fi determinată prin constrângerea copilului (fie din cauza propriei atitudini fobice a părinților, fie prin reacția colorată de agresivitate sadică), ceea ce riscă să conducă la o extensie a angoasei fobice.

Exemplul cel mai celebru din literatura pedopsihiatrică din domeniul fobiilor oedipiene este desigur „micul Hans“, caz raportat de S. Freud în 1909 asupra căruia el va reveni adesea (v. mai sus): Hans la aproape 5 ani și ½ a început să se teamă să iasă pe stradă deoarece îi era frică să nu fie mușcat de un cal. În cursul analizei, a reieșit că această frică de cal este o deplasare de la frica de tată și de pedeapsa pe care acesta ar putea să i-o aplice din cauza dorințelor tandre pe care le are pentru mama sa. Această teamă de a fi mușcat se transformă secundar în frica de a vedea caii căzând, adică într-o reprezentare substitutivă a agresivității la adresa tatălui. La fel cum frica de a vedea atelajul greu încărcat (căruța) ieșind din garaj este deplasarea simbolică în contrariul ei a plăcerii defecației cu mama la W.C., plăcere cu atât mai culpabilă cu cât o mică surioară se născuse de curând. În acest foarte scurt rezumat, care nu înlocuiește deloc lectura textului, se vede clar travaliul psihic repetat de *deplasarea* simbolică și de încastrarea succesivă ce conduc la supradeterminarea simptomului. Nu trebuie să uităm *beneficiile secundare* ale fobiei: a rămâne acasă aproape de mama sa, a putea menține relația cu tatăl și chiar a-i suscita interesul.

Aceste operații mentale: refulare apoi deplasare, supradeterminare, contra-investire și posibilitatea unui beneficiu secundar, demonstrează pe de o parte punerea în joc a principalelor instanțe psihice (Eu și Supraeu în special), pe de altă parte relativa lor eficacitate în legarea angoasei de reprezentări simbolice și, în sfârșit, posibilitatea de a menține un cadru maturativ și evolutiv. Se observă, aceste elemente disting net fobiile numite oedipiene de fobiile numite arhaice.

Evoluția fobiilor

Puține studii și-au propus să le urmărească evoluția pe termen lung. În majoritatea cazurilor, fobiile se atenuează spre 7-8 ani, chiar dispar, cel puțin în aparență. Unii copii, în afara cazurilor de psihoză, își păstrează conduitele fobice relativ fixe până la adolescență și dincolo de ea. Pare indiscutabil că atitudinea

anturajului joacă un rol preponderent în fixarea sau nu a acestor conduite. Unul dintre părinți este adesea el însuşi fobic. Prin înțelegerea excesivă sau prin atitudinea sa provocatoare, el pare să organizeze conduita patologică a copilului. Aceasta apare în manieră destul de caricaturală în relația mamă fobică–fiică fobică. Semnalăm de asemenea cazul fobiilor de şcoală din care unele par cvasi-imuabile.

2.2. — CONDUITE OBSESIONALE ALE COPILULUI

Definiție – Frecvență

Obsesia este o idee care asediază (*obsidere* = asediere) pacientul cu un sentiment de rău anxios, de care nu se poate elibera. Se descriu de asemenea ritualuri sau compulsiuni la acțiune (ritual de spălare, de verificare, de atingere etc.) împotriva cărora pacientul luptă mai mult sau mai puțin cu angoasă. Această definiție care priveşte atât copilul cât şi adultul pune în evidență cei doi versanți ai conduitelor obsesionale, mentalizarea (obsesiile) şi acțiunea (ritualurile, compulsiile). Totuşi este dificil de distins clar la copil ritualul marcat prin repetiția unui comportament sau unui ansamblu de comportamente (de tipul chiar al ritualului de verificare: al conținutului ghiozdanului, a obiectelor necesare la adormire etc) şi compulsiunea dominată de un sentiment de constrângere uneori precedată de o luptă anxioasă. Numeroase ritualuri apar la copil ca sintone cu Eul (contrar fobiei) fără luptă anxioasă, cel puțin la început. Există astfel o veritabilă linie genetică mergând de la simpla repetiție la ritualizare, ritual, compulsie, până la stereotipie.

Dacă la copil există ritualuri frecvente, veritabilele gânduri obsedante sunt mai rare înainte de pubertate: anamneza pacienților obsesionali adulți relevă că 20% dintre ei au început să aibă idei obsedante spre 15 ani, şi 50 până la 60% înainte de 20 de ani (Freedman, 1978). În schimb, este rară evocarea veritabilelor simptome obsesionale înainte de 10 sau 12 ani aproximativ. Dacă prevalența actuală este estimată la 1% ± 0,5 şi prevalența de-a lungul întregii vieți înainte de 20 de ani la 1,9% ± 0,7 în populația generală, anchetele epidemiologice par a arăta o apariție precoce încă de la 7 ani cu un vârf spre 10,2 ani. Par de asemenea să existe două grupe, una cu apariție mai degrabă precoce prepubertară pentru băieți, alta mai tardivă, la adolescență, pentru fete (March şi Leonard, 1996). Părinții prezintă frecvent trăsături obsesionale sau caracter obsesional marcat (rigoare, ordine, meticulozitate, curățenie etc.). Se regăseşte uneori boala Gilles de la Tourette în familie.

Ritualuri obsesionale

Reprezintă primul stadiu genetic de apariție a conduitelor obsesionale. Există o legătură directă între primele interacțiuni ale bebeluşului cu anturajul său, repetarea şi învățarea care rezultă de aici pentru a ajunge până la ritualul însuşi. „Reacția circulară" descrisă de Piaget poate fi înțeleasă ca o schiță de ritualizare. Jocul cu bobina descris de Freud necesită repetarea respingerii (*for*) şi a recuperării (*da*).

A. Freud a arătat corect că stadiul anal cu investirea stăpânirii, a controlului, a proprietății, a retenției, toate conduitele care traduc adesea contra-investirea dorinței de a se murdări (jocul în noroi), de a se mânji (frecventele scăpări encopretice tranzitorii), de a distruge, reprezintă în realitate o fază obsesională tranzitorie şi banală. Exigențele familiale nu trec fără a influența exigențele pulsionale interne: a se spăla pe mâini, a se purta bine, a nu pronunța „cuvinte grele" sau, dimpotrivă, a lăsa să-şi exprime duritatea limbajului şi a comportamentului. Această atitudine educativă modulează perioada anală, sursă de posibilă fixație ulterioară. În decursul fazei anale şi o dată cu perioada oedipiană, dacă manifestarea fobică este cea mai frecventă, tentativa de stăpânire a angoasei prin ritualizare este, ca frecvență, a doua modalitate aleasă de copil. Ritualurile de culcare sunt un exemplu: ritual de aranjare a papucilor, de aranjare a pernei, istorii de povestit... În plus, ca şi pentru fobii, răspunsul anturajului poate orienta această conduită într-un registru patologic când nu i se permite copilului să-şi calmeze angoasa. Din contră, povestind istoria, plasând papucii la locul lor, copilul se linişteşte şi va dezinvesti puțin câte puțin acest comportament pe măsură ce maturitatea Eului îi va furniza alte sisteme defensive.

Aceste ritualuri, care sunt perfect egosintonice, reprezintă deci conduite banale, adesea asociate cu fobii sau succedându-le. Ca şi ele, dispar în mod obişnuit spre 7-8 ani. La unii copii persistă ritualuri particulare care se organizează în jurul curățeniei: spălatul mâinilor, ştersul ochelarilor, nevoi repetitive şi presante de a atinge la care se asociază gânduri obsedante şi presante, ritualuri de verificare diverse (gaz, uşă, electricitate...). Aceste conduite sunt observate la copiii mai mari, în jurul perioadei de latență şi se asociază adesea cu o uşoară luptă anxioasă. La un număr de copii, aceste conduite ritualizate se integrează într-un mediu familial foarte obsesionalizat unde ele sunt tolerate fără probleme, dacă nu chiar favorizate. În aceste cazuri doar rareori acestea suscită jenă şi tensiune la copilul însuşi. Se asociază atunci de un ansamblu de trăsături de comportament puternic evocatoare pentru debutul unei organizări obsesionale.

În alte cazuri ritualurile obsesionale par să reprezinte încercări mai mult sau mai puțin disperate de conținere a pulsiunilor trăite ca periculoase şi distructive. Semnificația ritualurilor pare să fie înainte de toate de a menține un mediu identic

și invariabil, și de asigura această imobilitate. Ne apropiem aici de organizările psihotice în care conduitele ritualizate sunt frecvente (v. cap. 16, 6.5.).

În sfârșit semnalăm că anumite conduite motorii particulare așa cum sunt ticurile sunt asimilate simptomelor obsesionale. Fără a ajunge până la o asemenea echivalență (tic = nevroză obsesională comportamentală), asocierea ticurilor și a trăsăturilor de comportament obsesionale este o observație frecventă, mai ales atunci când o luptă anxioasă precede descărcarea motorie.

Ideile obsedante

Rare la copil, se întâlnesc la preadolescent sau adolescent. Principalele obsesii și compulsii observate la copil sunt citate în tabelul V. Totuși, se întâlnesc mai frecvent adolescenți care prezintă o investire obsesională a gândirii cu îndoială, ruminație, gânduri repetitive asupra morții, cu teme metafizice sau religioase.

TABELUL V. – *Principalele obsesii-compulsii la copil* (după March și Leonard, 1996)

Obsesii obișnuite	Compulsii
Teme de contaminare	Spălare
A vorbi de rău (de sine și de ceilalți)	Recitare
Teme agresive	Verificare
Teme sexuale	Atingere
Teme religioase	Numărare
Gânduri interzise	Aranjare
Nevoia de simetrie	Acumulare
Nevoia de a mărturisi	Rugăciune

Studiu psihopatologic al conduitelor obsesionale

La fel cum am făcut distincție între fobiile arhaice și fobiile oedipiene, este important să distingem nivelul economic și dinamic la care se situează conduitele obsesionale observate la copil.

S. Freud și apoi A. Freud au arătat corect că una dintre sursele de organizare obsesională este reprezentată de o maturitate a Eului în avans față de nevoile pulsionale pe care acest Eu le dezaprobă: el utilizează atunci mecanisme de control și de izolare, la care se adaugă mecanismul de anulare. Această situație este în mod deosebit frecventă în perioada de latență când Eul cunoaște un puseu maturativ considerabil în același timp cu faptul de a se plia exigențelor socializării, în timp ce exigențele pulsionale interne sunt mai puțin intense. De aceea micile trăsături obsesionale sunt frecvente la copilul de această vârstă (aranjarea ghiozdanului, colecții diverse, acumularea de obiecte diferite...), frecvent asociate de altfel cu urme de mlădițe pulsionale opuse (dezordine, refuzul de a se spăla...); aceste trăsături obsesionale nu compromit evoluția maturativă normală. Pe această linie evolutivă unde trăsăturile obsesionale, chiar micile ritualuri sunt cvasi-normale, poate să se grefeze o funcție defensivă nevrotică care să suprainvestească secundar aceste conduite (Widlöcher) și să le fixeze.

Foarte diferite din punct de vedere economic sunt conduitele obsesionale care par pentru copil singura modalitate de a asigura permanența, coerența unui mediu și un sentiment de individualitate întotdeauna gata să se facă țăndări. În aceste cazuri, ca și pentru fobii, masivitatea conduitelor obsesionale, caracterul lor dezadaptat, mai ales dezadaptarea care crește în raport cu maturizarea, lipsa de contra-investire pozitivă, dovedesc organizarea pregenitală subiacentă (v. capitolele despre psihoze și stările prepsihotice).

Această abordare psihopatologică este în prezent dezaprobată de unii autori pentru care la originea obsesiilor și compulsiilor se află o tulburare neuropsihiatrică. Acești autori se bazează pe: 1) studii genetice familiale ce relevă asocierea frecventă dar inconstantă a obsesiilor-compusiilor cu sindromul Tourette. 2) studii neuroradiologice care arată anomalii în circuitele care leagă nucleii cenușii centrali de cortex (circuitele răspunzătoare de acțiunea Inhibitorilor Recaptării Serotoninei: IRS); 3) anomalii ale neurotransmițătorilor la pacienții ale căror simptome debutează în copilărie. O reconciliere este de asemenea propusă prin tulburările neuropediatrice care apar în decursul unor afecțiuni cum sunt coreea Sydenham din infecțiile cu streptococ B hemolitic (March și Leonard 1996). Aceste ipoteze sunt întărite, după acești autori, prin eficacitatea terapeutică a medicamentelor IRS (v. cap. 18, 6.3.).

2.3. — CONDUITELE ISTERICE LA COPIL

Deoarece terminologia clinică se pretează și mai mult la confuzii decât în cazul fobiilor și obsesiilor, convenim aici că, atunci când vorbim de isterie, distingem clar simptomele isterice (conversii, crize, fugi sau stări crepusculare etc.) de trăsăturile de personalitate numite isterice a căror delimitare la copil, la fete în mod special, este cel puțin imprecisă. După o scurtă introducere epidemiologică, vom studia principalele simptome, apoi problema trăsăturilor de personalitate numite isterice.

Generalități: epidemiologie

Dacă se exclude adolescența, simptomele isterice sunt rare la copil, de ordinul a câtorva cazuri anual în serviciile spitalicești. La copilul mai mic de 10 ani, nu pare să existe o prevalență certă pentru un sex. Frecvența crește începând cu 11-12 ani, mai ales la fete. De la 14-15 ani, se pot întâlni simptomatologii isterice apropiate de cele observate la adult. Mai multe observații clasice au condus la descrierea unor stări de „epidemie“ de manifestări isterice în clase sau internate. Astfel de observații au devenit mai rare.

Simptome isterice

Conversiile reprezintă simptomele tipice ale patologiei adulte. Rare la copil, atunci când ele există este vorba întotdeauna de conversii care afectează aparatul locomotor, mai ales mersul: șchiopătat, atitudine ebrioasă, incapacitatea de a merge. Handicapul este întotdeauna masiv, poate ceda când copilul este culcat sau nu este observat. Tulburările de sensibilitate sunt rare, chiar inexistente. Alte simptome durabile descrise la copil sunt reprezentate de hipoacuzie, amauroză sau cecitate, afonie sau mutism. Cel mai frecvent se observă la copiii mai mari sau la adolescenți.

Un element care pare cu atât mai important cu cât copilul este mai mic: se regăsește la modul cvasi constant un simptom motor identic în anturajul apropiat: șchiopătatul la un părinte, hemiplegie recentă a unui bunic, accident cu handicap motor la un unchi... Dacă interviul familial nu regăsește un asemenea context, dacă simptomul pare bizar sau fluctuant, dacă nu este masiv și puternic evocator, dacă se însoțește de mici tulburări de sensibilitate sau de alte semne generale, noi recomandăm extremă prudență clinicianului înainte de a-și centra atenția asupra „beneficiilor secundare“ ale simptomului. Orice copil bolnav are beneficii de la o boală care induce întotdeauna, mai ales dacă se prelungește, importante reamenajări familiale. Diagnosticul de conversie isterică la copilul mic (mai puțin de 10-11 ani) nu trebuie să fie acceptat decât după un bilanț somatic avizat.

Manifestări acute

Sunt variabile și mai frecvente decât conversiile, dar delimitarea lor semiologică depinde în parte de rigoarea sau de ușurința cu care se evocă isteria: crizele de agitație, fără a ajunge la marea criză de epistotonus, crizele de tetanie normocalcemice, fugile, stările crepusculare, somnambulismul, amnezia identității sau dedublarea personalității sunt pe rând atribuite, uneori fără rigoare și prin simpla analogie cu clinica adultă, isteriei. Și aici astfel de diagnostice trebuie să fie acceptate cu rezervă.

Trăsături de personalitate isterică

Adultul isteric este adesea etichetat ca fiind infantil. Ce ar fi de spus despre copilul isteric prin natură? Dacă vrem să spunem prin aceasta: copilul are nevoie să fie iubit, să fie privit, să fie obiect de admirație, îi place să se afle în centrul atenției sau să facă pe bufonul, că trece repede de la râs la plâns, că știe să fie tiranic și exigent, efectiv orice copil între 3 și 5 sau 6 ani este isteric. Dar este aici o confuzie între structura psihopatologică a isteriei, o semiologie pur descriptivă a adultului și, în sfârșit, o necunoaștere a poziției reale a copilului al cărui narcisism nu se poate hrăni inițial decât din narcisismul parental.

Astfel ceea ce se numește labilitate afectivă, egocentrism, teatralism, nevoie de a fi iubit, va avea aceeași semnificație la adult ca la copil. Ar fi bine de altfel să distingem mai riguros la adult nevroza isterică, personalitatea infantilă și organizarea narcisică și să le diferențiem clar de narcisismul normal al copilului mic. Totuși, în afară de aceste trăsături de personalitate, anumiți autori au vrut să vadă în tendința la simulație, în minciună și mitomanie, în reveria fabulatorie care poate merge până la delirul de imaginație Dupré, semne precursoare ale unei organizări isterice, ceea ce evoluția ulterioară a acestor copii este departe de a confirma.

În aceste condiții, așa după cum semnalează Lebovici, diagnosticul de isterie la copil traduce mai frecvent o contra-atitudine agresivă a unui adult, decât o realitate clinică.

Ipoteze psihopatologice

Freud a emis ipoteza că predispoziția la nevroza obsesională se sprijină pe un avans al dezvoltării Eului față de pulsiunile libidinale inacceptabile și neacceptate, ceea ce declanșează regresia lor. Aceeași ipoteză inversată a fost avansată pentru o predispoziție la isterie: ar fi vorba despre pulsiuni libidinale prea intense față de un eu încă imatur, incapabil și de a le controla și de a le canaliza, în așa fel încât ansamblul corpului și conduitelor copilului sunt saturate de investiri libidinale.

Această ipoteză este întărită de descrierile pe care istericii adulți le fac părinților lor: acest tată seducător și periculos, ținut la distanță de o mamă agresivă și severă, cu amintirile unei sexualități infantile adesea exacerbată. Dacă în clinică se observă copii a căror trăire pulsională pare apropiată, care se excită cu extremă ușurință, a căror juisanță masturbatorie pare intensă (se evocă de altfel mai mult în acest caz o fetiță isterică și un băiat caracterial), astfel de copii rar prezintă o simptomatologie isterică și părinții lor rar oferă profilul descris mai sus. În realitate, așa după cum subliniază Lebovici, se pare că formarea nucleului isteric ce constituie fundalul unei nevroze isterice a adultului se

organizează după faza de latență și corespunde nevrozei infantile ca model și nu ca realitate clinică. Acesta este travaliul de reelaborare mentală, reconstrucția fantasmatică a trecutului care dă o semnificație isterică relațiilor copilului cu imaginile sale parentale. În acest sens „isteria în formele clasice nu aparține patologiei copilului. Adolescentul o construiește și o relevă ulterior".

Cum să înțelegem în aceste condiții rarele conversii ale copilului mic? În ceea ce ne privește, ni se pare că relația reală cu anturajul joacă un rol primordial, corpul copilului fiind în mod cert proprietatea sa, dar aparținând de asemenea și mamei. De altfel distincția dintre simptom psihosomatic, plângere hipocondriacă și conversie isterică este cel mai adesea incertă la copil. Exemplul cefaleei este în această privință tipic. Complezența familială în privința corpului copilului este întotdeauna mare, anxietatea rapid excesivă, beneficiile numite secundare prea masive: toate acestea nu corespund travaliului de deplasare și de simbolizare observat în clinica adultului. Evoluția către organizări hipocondriace grave ulterioare reprezintă în realitate o variantă mai frecventă decât constituirea unei nevroze isterice, la vârsta adultă, la copiii care prezintă precoce această simptomatologie de alură isterică.

2.4. — INHIBIȚIA

Cu toate că, prin definiție, nu se vorbește de ea, inhibiția este totuși un simptom frecvent întâlnit în cadrul unei consultații medicopsihologice. Inhibiția școlară în special reprezintă unul din motivele cele mai frecvente de consultație a copilului între 8 și 12 ani. Inhibiția poate atinge toate sectoarele vieții copilului, atât conduitele socializate cât și cele mentalizate. Botezată „evitare" în ediția III-R a clasificării americane (DSM-III-R: Tulburare de evitare), noi preferăm să păstrăm termenul de „inhibiție". Acest termen va reapărea de altfel în DSM-IV cu subtipurile „inhibat" și „dezinhibat" a „tulburării de atașament la copil". Inhibiția reflectă la fel de bine versantul comportamental (repliere, evitarea relațiilor sociale) precum și pe cel intrapsihic (goluri de memorie, incapacitatea de a gândi...). Într-un mod paradoxal, căci au fost realizate într-o stare de spirit depărtată de preocupările psihopatologice, unele studii genetice recente (Biederman și colab. 1990, Rosenbaum și colab. 1992) tind să arate că „inhibiția" ar putea să reprezinte un „veritabil indice transcategorial" care ar putea să unifice tulburările anxioase (mai ales în legătura transgenerațională părinte–copil) și să redea conceptului de inhibiție un interes pe care termenul de „evitare" riscă să-l mascheze.

Inhibiția conduitelor exterioare și socializate

Toate gradele de inhibiție pot să fie văzute în comportament. Există astfel copii întotdeauna calmi, ușor submisivi, care nu vorbesc niciodată despre ei, care sunt calificați ca fiind prea cuminți, dar care păstrează totuși o posibilitate de contact cu ceilalți copii: se joacă sau lucrează cu plăcere.

Se pot întâlni inhibiții mai accentuate: copii întotdeauna izolați, neîndrăznind, în pofida dorinței uneori recunoscute, să se apropie de ceilalți adulți sau copii: nu se joacă în curtea școlii, rămân acasă în zilele de vacanță, refuză activitățile de grup (preformă de fobie socială). Atitudinea lor este uneori contrastantă în anturajul propriu (părinți sau frați) unde ei pot, într-un cadru protejat, să se arate autoritari și dominatori. Cel mai grav tablou se realizează în mutismul extrafamilial. În majoritatea cazurilor familia vorbește de timiditate care, atunci când devine prea importantă, poate împiedica procesul de socializare a copilului, de unde termenul de fobie socială.

Inhibiția poate atinge și corpul copilului: puțin mobil, puțin activ, cu o mimică săracă. La maxim ar fi vorba de stângăcie gestuală, până la veritabile dispraxii (v. cap. 5, 4.) care nu fac decât să agraveze cercul vicios al timidității.

Inhibiția conduitelor mentalizate

Inhibiția afectează aici fie însăși organizarea fantasmatică, fie funcționarea intelectuală. Inhibiția visării, imaginației, fantasmării este destul de frecventă, chiar dacă aceasta nu reprezintă un motiv frecvent de consultație. Se însoțește de obicei de mici trăsături obsesionale. Este vorba de copii care se joacă puțin sau cu jocuri foarte conformiste, preferând să recopieze un desen mai degrabă decât să-l inventeze, retușând și ștergând mult cu o grafie nesigură, uneori chiar tremurătoare, plăcându-le activitățile de manipulare care au întotdeauna un aspect repetitiv. Această inhibiție a fantasmării poate în mod paradoxal să faciliteze inserția socială datorită unei atitudini conformiste. La maxim se poate descrie tabloul imbecilității nevrotice, copii care par, în pofida bunelor rezultate școlare, „proști, imbecili", neînțelegând glumele, ușor de exploatat de ceilalți.

Contrar formei precedente, inhibiția intelectuală deranjează școala și pe părinții care vin la consultație. În realitate, eșecul școlar grav este rar deoarece copiii se mențin în limitele normale. Ei par să aibă dificultăți în capacitatea de a gândi, totdeauna în retragere, intervenind puțin în activitățile școlare, temându-se să fie întrebați. Confruntați cu o întrebare mai ales orală, dar uneori și scrisă, acești copii își exprimă frica extremă de a se înșela, teamă care poate să ajungă până la un sentiment de „alb" sau de „vid" în cap, ilustrare caricaturală a refulării masive. Uneori se observă un eșec școlar în sector (ortografie sau calcul sau limbă vorbită etc.). În ciuda unui nivel intelectual satisfăcător, acești copii au o

alură de pseudo-debilitate nevrotică, reprezentând în sfera cognitivă echivalentul tabloului de imbecilitate din sfera afectivă. Dacă la şcoala primară copilul nu întâmpină de obicei dificultăţi majore, ajuns în şcoala secundară, această inhibiţie poate să conducă la eşec şcolar în momentul în care copilului i se cere o participare mai activă şi mai personală. Un număr important de dificultăţi şcolare din clasele 5-6 se explică în acest fel.

Anumite inhibiţii se asociază totuşi cu o diminuare mai mult sau mai puţin importantă a eficienţei intelectuale obiectivabile prin testele de inteligenţă. Trimitem cititorul pentru acest punct la capitolul consacrat psihopatologiei funcţiilor intelectuale (v. cap. 9, 3.3.).

Psihopatologia inhibiţiei

În *Inhibiţie, Simptom, Angoasă*, S. Freud arată că inhibiţia este expresia unei limitări funcţionale a Eului al cărei scop este de a evita un conflict cu Sinele, adică să evite confruntarea cu pulsiunile libidinale sau agresive. Simptomul, în schimb, reprezintă un compromis care permite o satisfacţie pulsională cel puţin parţială. Din punct de vedere economic şi dinamic, inhibiţia se plasează deci dincolo de simptom. Aceasta este de altfel o constatare clinică şi psihoterapeutică frecventă: inhibiţia, atunci când se atenuează, lasă să transpară alte conduite simptomatice fobice, obsesionale sau agresive de exemplu. La un mare număr de copii inhibaţi, o exprimare fantasmatică uneori foarte bogată succede fazei de inhibiţie de la debutul terapiei, însoţită sau nu de schimbări de comportament: copilul care devine turbulent sau agresiv, care nu mai are vechea cuminţenie. Se înţelege necesitatea unei strânse colaborări cu părinţii pentru ca aceştia să ajungă la o înţelegere pozitivă a acestor schimbări.

Într-o manieră generală pulsiunile libidinale dar mai ales cele agresive sunt adesea vii şi trăite ca angoasante şi ca sursă de culpabilitate de către copilul inhibat. Refularea masivă a acestor pulsiuni reprezintă singura posibilitate, în cazul unui Eu prea fragil sau a unor constrângeri educaţionale şi parentale prea riguroase. Atunci când inhibiţia domină în versantul său socializat, testele proiective pot să releve direct bogăţia şi intensitatea pulsională subiacentă. Abordarea terapeutică este în general destul de uşoară. Atunci când inhibiţia invadează conduitele înseşi mentalizate, testele se dovedesc în general sărace, pur adaptative, nu fac decât să obiectiveze o refulare masivă care implică întregul psihism. Dacă nu există într-un sector o întoarcere a refulatului sub forma unui simptom, abordarea terapeutică este foarte dificilă deoarece copilul neagă întreaga dificultate: el se adaptează la modul conformist şi submisiv, atât la şcoală cât şi în psihoterapia sa.

În unele cazuri, inhibiţia pare atât de masivă, pare să împiedice în aşa măsură capacităţile de autonomizare ale copilului, încât o patologie mai severă de tip psihotic nu este exclusă: este ceea ce se observă în unele mutisme extrafamiliale grave şi prelungite.

3. — NEVROZA LA COPIL

La copil nevroza are un destin deosebit: probabil că psihiatrii şi psihanaliştii de adulţi evocă mai frecvent „nevroza infantilă“ decât psihiatrii sau psihanaliştii de copii care vorbesc de „nevroza unui copil“. Aceasta ne introduce de la început în dubla interogaţie care va fi firul conducător al acestei ultime părţi.

1. *În ce măsură nevroza infantilă este o realitate a clinicii infantile sau o reconstrucţie teoretică ulterioară la un adult nevrozat?*

2. *Deţine oare nevroza copilului o autonomie distinctă faţă de nevroza adultului sau nu este decât o simplă copie?*

De fapt pericolul referitor la nevroza copilului este, pe de o parte, faptul de a ne servi direct de reconstrucţiile freudiene asupra nevrozei infantile şi, pe de altă parte, de a adopta o atitudine adultomorfistă cu obişnuita distincţie nevroză fobică – nevroză isterică – nevroză obsesională care în domeniul pedopsihiatriei nu corespunde unei realităţi clinice în dubla ei perspectivă sincronică şi diacronică, exceptând poate ultimele stadii ale adolescenţei. În afară de această ultimă perioadă, nevroza copilului se caracterizează printr-o variabilitate de conduite psihopatologice care se potriveşte cu hazardul interacţiunilor trăite de copil şi cu remanierile consecutive creşterii. Această plasticitate foarte diferită de nevrozele adultului ne obligă să distingem două niveluri de studiu:

– descrierea semiologică a anxietăţii şi a principalelor conduite patologice mentalizate (simptome fobice, isterice, obsesionale etc.);

– nivelul unei eventuale organizări structurale subiacente cu toate conceptualizările teoretice care o susţin.

În primele părţi ale acestui capitol am evitat termenul de nevroză, limitând în mod intenţionat studierea angoasei şi a conduitelor numite nevrotice.

Existenţa unei nevroze ca organizare structurată la copil nu a fost întotdeauna acceptată fără rezerve şi rămâne de altfel o problemă dezbătută: pentru unii, nu se poate vorbi de nevroză fără interiorizarea suficientă a relaţiilor de obiect şi mai ales fără o diferenţiere topică între instanţele Supraeului şi Eului care permit amenajarea unui conflict numit nevrotic (stadiul falic-oedipian). Pentru numeroşi autori, aceste condiţii exclud din câmpul nevrozelor patologia copilului mic (înainte de 4-5 ani) şi explică de asemenea fluiditatea simptomatologiei în funcţie de maturizarea copilului. În cursul creşterii, de fapt capacităţile adaptative ale Eului copilului, pulsiunile cărora el trebuie să le facă faţă, interiorizarea legii

parentale, mai întâi personalizată şi apoi din ce în ce mai abstractă şi socializată, sunt la originea unui echilibru în continuu rupt şi regăsit pe baze noi. Aceste reamenajări dinamice şi economice permanente dau seama de variabilitatea semiologică. Astfel, contrar adultului, nu există la copil, în afară de situaţii excepţionale, o nevroză fobică, isterică sau obsesională care să dovedească modalităţi de interacţiune relativ stabilizate. Organizările nevrotice la copil, în măsura în care există aşa ceva, trebuie deci să răspundă la două criterii:

- o variabilitate semiologică în timpul reamenajărilor pulsionale caracteristice fiecărui stadiu maturativ;
- menţinerea într-un cadru de dezvoltare în mare satisfăcătoare.

Aceste criterii au fost perfect expuse încă din 1945 de către A. Freud în *Tratamentul psihanalitic al copiilor*. Pentru a rămâne cât mai aproape de clinică, această variabilitate ne impune un studiu diacronic al nevrozelor copilului şi nu o abordare structurală.

3.1. — ASPECTE CLINICE ALE NEVROZEI COPILULUI ÎN FUNCŢIE DE VÂRSTĂ

În perioada oedipiană (4/5 – 6/7 ani)

Unii copii par brutal afectaţi de apariţia unei simptomatologii zgomotoase. Reamintim aici cazul micului Hans (v. 1.2. şi 2.1.), cel puţin pentru a arăta prevalenţa conduitelor fobice la această vârstă. Nu este rar faptul ca alte manifestări, tulburări de somn, dificultăţi alimentare, instabilitate să se asocieze. Apariţia ritualurilor marchează o etapă evolutivă şi dovedeşte tentativele de control de către Eul copilului. Elementul esenţial de evaluare este reprezentat de posibilitatea sau nu a elaborării secundare a angoasei: au simptomele o capacitate de legare suficientă pentru a permite continuarea dezvoltării? În cazul contrar, în pofida multiplicităţii simptomelor, angoasa tot mai vie a copilului conduce la o întoarcere către poziţii pregenitale (v. organizări prepsihotice) şi riscă să determine o fixare simptomatică.

Majoritatea acestor stări acute evoluează către o diminuare progresivă a conduitelor zgomotoase (mai ales fobice), fie pentru a intra într-o acalmie veritabilă corespunzătoare perioadei de latenţă, fie pentru a lăsa câteva simptome martore ale nevrozei în curs de instalare a copilului.

În perioada de latenţă (6/7 ani – 11/12 ani)

Se pot observa trei tipuri de expresii simptomatice. Primele două sunt în concordanţă cu stadiul maturativ despre care reamintim simplu că se caracterizează printr-o relativă repliere pulsională în acelaşi timp în care Eul copilului se întoarce într-un mod privelegiat către investiţiile externe şi socializate. Inhibiţia şi conduitele obsesionale reprezintă cele două expresii simptomatice în conformitate cu stadiul de dezvoltare. Adăugăm aici conduitele nevrotice izolate dar persistente.

Inhibiţia (v. 2.4.). — Poate fi cognitivă, conducând la dificultăţi de învăţare la un copil cu inteligenţă de altfel normală. Este vorba în general de dificultăţi într-un domeniu pedagogic specific: dificultăţi de învăţare a cititului (în timp ce tot ceea ce ţine de domeniul calculului sau expresiei grafomotorii pare a fi normal achiziţionat), dificultăţi de scris de tipul „crampei scriitorului" fără altă dispraxie, dificultăţi de ortografie fără antecedente de retard al limbajului în special atunci când aceste dificultăţi sunt localizate la anumite cuvinte sau grupe consonantice.

Inhibiţia poate să fie relaţională (timiditate) asociindu-se adesea în mod mai mult sau mai puţin important cu fobie socială (teama de judecată sau de privirea celorlalţi: de exemplu teama de a ieşi la tablă).

Pentru Lebovici, „adevărata" nevroză a copilului în perioada de latenţă este ilustrată prin inhibiţia în special intelectuală. Această inhibiţie se asociază adesea cu discrete simptome (v. mai jos). Dacă suferinţa nevrotică este uneori demonstrată sub forma ruşinii sau culpabilităţii (în special în situaţia eşecului şcolar relativ) ea poate de asemenea să fie ignorată de către copil şi proiectată în exterior, ceea ce protejează Eul copilului şi posibilităţile sale adaptative.

Conduitele obsesionale. — Acestea iau forma unor mici ritualuri tipic amenajate în jurul a două sectoare susceptibile să mobilizeze angoasa: culcarea şi activitatea şcolară (aranjarea ghiozdanului).

În mod obişnuit este vorba de mici ritualuri persistente sau de trăsături de caracter încă sintone cu Eul copilului. În rare cazuri totuşi s-a descris existenţa în această perioadă a simptomelor obsesionale mai nete: rigiditatea, masivitatea acestora trebuie să ducă la semne de întrebare asupra funcţiei lor defensive în raport cu o eventuală organizare pregenitală subiacentă.

Simptomele nevrotice persistente. — Prezente în mod izolat sau asociate cu una sau alta dintre manifestările precedente, aceste simptome dovedesc o anxietate persistentă direct evidenţiată prin plângerile hipocondriace, fobiile simple; altfel se întâlnesc manifestări ca enurezisul, obiceiuri motorii (suptul degetului, onicofagie...), coşmaruri oarecum prea frecvente, alte tulburări ale somnului (ritm persistent, somnambulism...), bâlbâială sau vorbit peltic rebele la orice reeducare.

Uneori poate să fie vorba de tulburări de alură comportamentală: instabilitate legată de un context specific (de exemplu, instabilitatea copilului acasă, dar nu

şi la şcoală, sau invers; instabilitate mai mare în prezenţa unui anumit adult...), comportamente de opoziţie repetitive şi sistematic conducând la răspunsuri parentale punitive, un sentimente de culpabilitate etc.

Ca şi pentru inhibiţie şi ritualuri caracteristica „nevrotică" a acestor simptome este pe de o parte că nu împiedică excesiv dezvoltarea (de exemplu eşecul şcolar este rar complet: copilul trece întotdeauna dintr-o clasă în alta fiind la limită sau având un eşec într-un domeniu dar reuşind în celelalte); pe de altă parte, sunt adesea persistente, destul de rebele la tentativele terapeutice „reeducative" fie ele psihopedagogice, psihomotrice, ortofonice, comportamentale sau medicamentoase (enurezis); sau ele reapar cu uşurinţă într-un alt domeniu după începutul unui tratament care pare eficace; în sfârşit şi mai ales aceste simptome „strică viaţa" copilului care dovedeşte, mai frecvent decât se spune, ruşine şi culpabilitate cu privire la această conduită. Persistenţa acestei ruşini/culpabilităţi, aceste două afecte fiind adesea legate, traduce ponderea Supraeului asupra activităţii simptomatice a Eului, judecată ca fiind vinovată. Aceste conduite „nevrotice", veritabile puncte de fixaţie, dovedesc urme ale conflictului oedipian incomplet refulat. Aceste puncte de fixaţie (v. cap. 1, 4.1.) pot, pe de o parte, să mobilizeze o contra-investire costisitoare în plan energetic (mai puţină investire sublimatorie, mai puţină libertate epistemofilică) şi, pe de altă parte, să împiedice parţial dezvoltarea prin tendinţele la regresie pe care le mobilizează (v. cap. 1, 4.1.).

O dată cu trezirea pulsională de la pubertate, aceste conduite riscă să se amplifice şi să mobilizeze în jurul lor conflictualitatea nevrotică reactualizată care suscită la adolescent apariţia stărilor clinice patologice (stări anxioase, tulburări nevrotice diverse: vezi Adolescenţă şi psihopatologie) acolo unde la copilul în perioada de latenţă aceste simptome rămăseseră infraclinice sau tolerate şi tolerabile atât pentru copil, cât şi pentru anturaj.

3.2. — ASPECTE TEORETICE ALE NEVROZEI LA COPIL

Modelul nevrozei infantile

Freud a definit nevroza infantilă fie plecând de la observaţiile făcute de el însuşi asupra copilului (micul Hans), fie plecând de la reconstrucţia la adulţii nevrotici (Omul cu şobolani, Omul cu lupi). Citâm ca exemplu pasajul următor:

„Viaţa sexuală infantilă constă într-o activitate autoerotică cu componente sexuale predominante, în urme de iubire obiectală şi în formarea acestui complex care va fi îndreptăţit să se numească complex nodal al nevrozelor. Acesta din urmă cuprinde primele emoţii de tandreţe sau de ostilitate faţă de părinţi, fraţi şi surori, cel mai frecvent după ce curiozitatea copilului a fost trezită de naşterea

unui frate sau a unei surori. Faptul că se formează în general aceleaşi fantasme cu privire la propria copilărie, independent de ceea ce viaţa reală îi aduce, se explică prin uniformitatea tendinţelor conţinute în aceste complex şi prin constanţa cu care apar ulterior influenţele modificatoare. Aparţine astfel complexului nodal al copilăriei faptul că tatălui i se atribuie rolul de duşman în domeniul sexual, al celui care jenează activitatea sexuală autoerotică şi, în marea majoritate a cazurilor, realitatea contribuie din plin la realitatea acestei situaţii afective". (Freud: „Omul cu şobolani". În: *Cinq psychanalyses*).

Pentru Freud nevroza infantilă este astfel un „complex nodal" în care se organizează viaţa pulsională a copilului. Nu vom reveni aici asupra evoluţiei libidinale a copilului (v. cap. 1, 4.) decât pentru a reaminti că diversele pulsiuni parţiale (orale, anale, falice) trebuie să se unifice în momentul Oedipului sub primatul pulsiunilor genitale. Dar refularea vine într-un prim timp să şteargă această pre-formă de organizare nevrotică şi doar reconstrucţia ulterioară de către adolescent şi apoi de adult a trăirii fantasmatice a copilăriei mici va da semnificaţia de obicei traumatică pe care nevroza adultă o atribuie diferitelor evenimente ale copilăriei.

Astfel pentru Freud însuşi nevroza infantilă funcţionează mai mult ca un model explicativ al nevrozei adultului decât ca o realitate a clinicii infantile. Merită spus că totuşi cazul micului Hans prezentat ca exemplu de nevroză infantilă, ca şi caz clinic dar şi ca prototip de dezvoltare cvasi-normală, vine să amestece cărţile. Smirnoff a subliniat ambiguitatea inerentă a faptului de a utiliza acelaşi temen de „nevroză infantilă" pentru a vorbi despre o stare morbidă şi pentru a evoca un moment fecund şi structurant al organizării psihice a copilului. Aceeaşi ambiguitate se regăseşte în utilizarea termenului de „poziţie depresivă" (v. cap. 19, 1.). În ceea ce ne priveşte, urmându-l pe Lebovici, ni se pare preferabil să păstrăm strict termenul de „nevroză infantilă" pentru noţiunea de model metapsihologic caracteristic pentru un stadiu de dezvoltare normală a copilului şi de a-i opune termenul de „nevroză la copil" pentru a vorbi de realitatea clinică.

Nevroza infantilă traduce organizarea sexualităţii infantile în jurul poziţiilor falice, a fricii de ameninţarea cu castrarea şi pe de altă parte a figurării problematicii oedipiene. „Nevroza infantilă" în curs de constituire nu are decât o „slabă expresivitate clinică" dovedind doar organizarea progresivă a aparatului psihic cu diferenţierea instanţelor şi utilizarea largă a mecanismelor de apărare (refulare, deplasare, izolare, reîntoarcere în contrariu...). Această „nevroză infantilă" cvasi asimptomatică nu îşi găseşte expresivitatea decât în desfăşurarea ulterioară a unei nevroze cu expresie transferenţială la un adult şi în „nevroza de transfer" mobilizată ulterior prin cura psihanalitică. Astfel, după P. Denis, „nevroza infantilă" corespunde organizării perioadei de latenţă. Punerea în scenă

a acestei nevroze infantile dă seama de refulare, de amnezia infantilă. Din acest punct de vedere perioada de latență nu este acea fază unde „nu se întâmplă nimic“, așa după cum o înțelegere pripită ar putea lăsa să se creadă. Din contră, este o fază de punere „în istoricitate“ a subiectului, refularea permițând să se constituie acest trecut infantil ce înscrie organizarea psihică în derularea timpului cu scandările care vor reprezenta diversele „post-factum“: subiectul devine astfel depozitarul unei memorii, a unui trecut, întotdeauna accesibil, întotdeauna remaniat.

Nevroza la copil se pare că eșuează tocmai în această punere în latență. Se pune atunci problema locului acestei nevroze la copil în funcție de etapele de maturizare a copilului și de mediul său, așa după cum am mai repetat-o.

Abordare psihopatologică a nevrozei copilului

Vom reaminti mai întâi pozițiile teoretice ale principalilor autori care s-au ocupat de manifestările clinice ale nevrozei la copil.

Anna Freud caută să evalueze criteriile de organizare a unei nevroze. După ea, dacă se decelează în organizarea libidinală o mobilitate și o tendință la progresie care contrabalansează fixația nevrotică, se rămâne într-un cadru maturativ normal; dimpotrivă, când amenajarea pulsională și defensivă pare rigidă, nemobilizabilă prin simpla mișcare maturațională, o nevroză este de temut. În criteriile sale de apreciere, A. Freud introduce factori cantitativi și calitativi. Factorii cantitativi se referă la forța Eului și la capacitatea de a face față într-un mod adaptat sau nu exigențelor pulsionale variabile. Factorii calitativi țin cont de natura mecanismelor de apărare utilizate (refulare, negare, formațiune reacțională, întoarcere în contrariu, proiecție, fugă în fantasmă etc.) știind că ceea ce este patologic nu este faptul de a utiliza un mecanism de apărare (dimpotrivă, este atitudinea normală), ci utilizarea intensivă, durabilă și adesea monomorfă a unuia sau câtorva mecanisme de apărare. Această rigiditate semnează organizarea patologică și sărăcirea în același timp a Eului copilului.

Reluând și urmărind formulările Annei Freud, H. Nagera (1969) distinge:

– imixtiunile în dezvoltare, adică tot ceea ce perturbă evoluția normală a dezvoltării (de origine culturală, educativă sau individuală). În acest sens exemplul este exigența prematură față de curățenia sfincteriană a bebelușului la o vârstă la care el nu poate integra această cerere. Este vorba în majoritatea cazurilor de conflicte între pulsiunile copilului și mediul său. Dacă simptome pasagere pot să apară, acestea sunt în general tranzitorii și încetează atunci când presiunea neadaptată a mediului încetează;

– conflictele de dezvoltare, inerente experienței trăite de fiecare copil: ele sunt proprii unui stadiu specific și de natură tranzitorie. Astfel sunt conflictele interne inerente stadiului falic-oedipian;

– conflictul nevrotic care este un conflict interiorizat. El reprezintă adesea puncte de fixație ale unui conflict de dezvoltare pe care îl mențin și perenizează (angoasă de castrare);

– în sfârșit, nevroza propriu-zisă. Aceasta este martorul conflictelor interiorizate care survin pe o organizare de personalitate suficient diferențiată. Se caracterizează totuși prin dependența copilului față de lumea exterioară ale cărei evenimente pot încă să bulverseze organizarea nevrotică și prin menținerea unei fluidități simptomatice minimale.

Pentru M. Klein interesul nevrozei copilului este de a fi forma de evoluție naturală și pozitivă a stadiului psihotic (schizoparanoid) normal al copilului: acesta se „vindecă“ de poziția sa psihotică organizând o nevroză de care M. Klein nu se interesează în prea mare măsură. Toate descrierile ei se referă de fapt la organizări pregenitale cu mecanismele defensive care le însoțesc (clivaje, proiecții etc.).

În schimb în Franța psihiatrii și psihanaliștii de copii s-au aplecat de multe ori asupra statutului nevrozei la copil. Printre aceștia lucrările lui Lebovici ocupă un loc important. Acest autor distinge net nevroza infantilă ridicată la rang de model psihopatologic, și nevroza la copil, realitate clinică indiscutabilă: în acest ultim caz, simptomele nevrotice ale copilului nu sunt îndepărtate prin refulare secundară (contrar a ceea ce se observă în modelul nevrozei infantile), fiind totuși reelaborate intermediar, administrate în perioada de latență. Această reelaborare intermediară distinge nevroza de organizările pregenitale și explică de asemenea relativa discontinuitate simptomatică dintre nevroza copilului și nevroza adultului. Această abordare îl conduce totuși pe autorul la interogația asupra semnificației simptomelor nevrotice înainte de perioada de latență: acestea ar dovedi în realitate în același timp partea „de dincoace“ de nevroza infantilă marcată de conflicte pregenitale (din acest punct de vedere structural, termenul de prenevroză propus de autori ca Lang este pe deplin justificat), dar și istoria de remanieri întotdeauna posibile datorate interacțiunilor copilului cu anturajul său familial. Nevroza adultului și reactualizarea sa în nevroza de transfer își găsește originea în înregistrarea urmelor mnezice, organizarea de fantasme inconștiente și mai ales punerea în latență care acoperă travaliul memoriei, uneori marcat de refulare, alteori marcat de întoarcerea refulatului. La rândul ei nevroza copilului se caracterizează prin „proximitatea de istoria sa organizatoare“ și actualitatea, dacă nu chiar punerea în act, a relațiilor sale imaginare. Realitatea în care trăiește copilul poate astfel să fie în același timp mai traumatizantă și mai terapeutică decât la adult.

Pentru a rezuma foarte succint aceste poziții, am putea să spunem că la adolescent efectul retroactiv și reelaborarea fantasmatică permit din plin punerea în act a unei organizări nevrotice, atunci când în perioada de latență filigranul

acestei aceleiaşi organizări nevrotice se lasă perceput, înainte de toate, *in statu nascendi* în ponderea inhibiţiei şi care, în sfârşit, în perioada oedipiană, în afară de nevroza infantilă ca model teoretic, manifestările nevrotice grave, intense şi ulterior fixate dovedesc mai degrabă o conflictualitate pregenitală. În acest ultim caz termenul de prenevroză (punct de vedere structural: Lang) sau de prepsihoză (punct de vedere evolutiv şi dinamic: Diatkine) pare mai îndreptăţit.

3.3. — TEORII NON-PSIHANALITICE ALE NEVROZEI

Vom reaminti primele modele experimentale a ceea ce se numeşte „nevroză" la animal (experimentele lui Pavlov), care se afla pus în faţa unei alegeri imposibile: manifestările angoasei, ale stresului fiziologic, până la patologie somatică nu au decât raporturi îndepărtate cu nevroza umană.

Mai aproape de clinică sunt ipotezele teoretice fondate pe conceptele învăţării la copil. Pentru Eysenck: „simptomele nevrotice sunt modele de conduite învăţate, care, dintr-un motiv sau altul, sunt inadaptate". Nevroza nu are o realitate în sine dincolo de simptom. Este adevărat, aşa după cum am arătat în legătură cu fobiile, anturajul şi învăţarea care rezultă pot să moduleze în mare parte starea afectivă care însoţeşte o experienţă. Experienţa trăită şi mediul pot funcţiona ca un condiţionant operant negativ (Skinner) şi antrena astfel copilul, ulterior adultul, într-o obişnuinţă nevrotică persistent neadaptată.

Totuşi, dacă astfel de modele propun o explicaţie satisfăcătoare a persistenţei acestei obişnuinţe, până la reîntărirea sa, nu explică originea, cauzalitatea conduitei (Regnault). Eficienţa terapiilor de decondiţionare, atât la copil cât şi la adult, arată totuşi că un simptom poate prin simpla sa prezenţă să determine perturbări psihice profunde şi îndepărtarea sa poate de asemenea să fie urmată de reamenajări salutare inclusiv în registrul conflictelor inconştiente.

BIBLIOGRAFIE

AINSWORTH M. D., BLEHAR M. C., WATERS E., WALL S.: Patterns of attachement: A psychological study of the strange situation. *In:* N. J., Hillsdale: Lawrence Erlbaum Ass, 1978.

BIEDERMAN J., FARAONE S.V., MARRS A., MOORE Ph. et al.: Panic disorder and agoraphobia in consecutively reffered children and adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1997, 36, 214-223.

BIEDERMAN J., ROSENBAUM J.F., HIRSHFELD D.R., FARAONE S.V., BOLDUC E.A.,

GERSTEN M., MEMINGER S.R., KAGAN J., SNIDMAN N., REZNICK J.S.: Psychiatric correlates of behavioreal inhibition in young children of parents with and without psychiatric disorders. *Arch. Gen. Psychiatry,* 1990, 47, 21-26.

DENIS P.: La période de latence et son abord thérapeutique. *Psych. Enf.,* 1979, 22, 2, 281-334.

DIATKINE G.: Les obsessions chez l'enfant. *Confront. Psychiatr.,* Specia ed., 1981, 20, 57-90.

FREEDMAN A. M., KAPLAN H.I., SADOCK B.J.: *Comprehensive textbook of Psychiatry II.* 1 Vol. Williams and Wilkins, Baltimore, 1978.

FREUD A.: *Le normal et le pathologique chez l'enfant.* Gallimard, Paris, 1968.

FREUD A.: *L'enfant dans la psychanalyse.* Gallimard, Paris, 1976.

FREUD S.: *Cinq psychanalyses:* Analyse d'une phobie chez un petit garçon de 5 ans, 93-198, PUF, Paris, 1954.

FREUD S.: *Inhibition, Symptome, Angoisse.* 2e ed. PUF, Paris, 1968.

GOLSE B.: Psychopathologie de l'angoisse au cours du developpement. *Neuropsy. de l'Enf. et de l'Adol.,* 1995, 43, 4-5, 142-152.

JACQUES E.: Le concept Kleinnien de névrose infantile. *Psych. Enf.,* 1972, 15, 1, 5-19.

JALENQUES I., LACHAL C., COUDERT A.J.: *L'enfant anxieux,* Coll. Nodule, 1 vol., PUF, Paris, 1991.

JALENQUES I., LACHAL C., COUDERT A.J.: *Les états anxieux de l'enfant.* 1 vol., Masson, Paris, 1992.

JAMES M.: Evolution des concepts de névrose infantile. *Psych. Enf.,* 1972, 15, 1, 21-29.

KHAN M. R.: La névrose infantile: fausse organisation du self. *Psych. Enf.,* 1972, 15, 1, 31-44.

KLEIN M.: *Essais de psychanalyse.* Payot, Paris, 1968.

LEBOVICI S., BRAUNSCHWEIG D.: A propos de la névrose infantile. Psych. Enf., 1967, 10, 1, 43-122.

LEBOVICI S.: A propos de l'hystérie. *Psych. Enf.,* 1974, 17, 1, 5-52.

LEBOVICI S.: L'expérience du psychanalyste chez l'enfant et chez l'adulte devant le modèle de la nevrose infantile et de la névrose de transfert. *39e Congrès des psychanalystes de langue française.* PUF, Paris, 1979.

LEBOVICI S.: L'hysterie chez l'enfant et l'adolescent. *Confront. Psychiatr.,* 1985, 25, 99-119.

LUCAS G.: La névrose obsessionnelle chez l'enfant et l'adolescent. *In:* La névrose obsessionnelle. *Rev. Franç. Psychanalyse.* 1 Vol., 31-59. PUF, Paris, 1993.

MARCELLI D.: L'hypocondrie de l'enfant. *Psych. Méd.,* 1981, 13, 5, 771-776.

MARCELLI D., GAL J. M.: Du lien à la pensée: entre l'angoisse de séparation

et l'angoisse de castration chez l'enfant. *Confront. Psychiatr.*, 1995, 8, 36, 175-192.

MARCH J.S., LEONARD H.L.: Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: a review of the past 10 years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1996, 34, 1265-1273.

MOUREN-SIMEONI M.C., VERA L.: *Troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent.* 1 Vol. Maloine, Paris, 1993.

NAGERA H.: *Les troubles de la petite enfance.* Trad. J. Kalmanovitch. PUF, Paris, 1969.

POLLACK M.H., OTTO M.W., SABATINO S., MAJCHER D. *et al.*: Relationship of childhood anxiety to adult panic disorders: carrelates and influence on course. *Am. J. Psychiatry*, 1996, 153, 376-381.

RICHARDS ARNOLD D.: Self theory, conflict theory and the problem of hypocondriasis, *Psychoanal. Study Child*, 1981, 31, 319-338.

ROSENBAUM J.F., BIEDERMAN J., BOLDUC E.A., HIRSHFELD D.R., FARAONE S.V., KAGAN J.: Comorbidity of parental anxiety disorders as risk for childhood onset anxiety in inhibited children. *Am. J. Psychiatry*, 1992, 149, 475-481.

SMIRNOFF V.: *La psychanalyse de l'enfant*, PUF, Paris, 1968.

VALENTIN E.: Les phobies chez l'enfant. *Perspect. Psychiatr.*, 1980, 18, 4, 265-289.

NUMERO SPECIAL:

- Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent: Vicissitudes du travail de séparation de l'enfance et de l'adolescence, 1994, 42, 8-9, 345-679.
- Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent: figures de l'anxiété, 1995, 43, 4-5, 133-228.
- Journal de psychiatrie de l'enfant: la névrose infantile, 1995, 17, 1-314.
- Confrontations psychiatriques: l'anxiété, 1995, 28, 36, 1-435.

18 EPISODUL DEPRESIV ȘI „BOALA DEPRESIVĂ" LA COPIL

Mult timp negată în însăși existența sa, depresia copilului a devenit în prezent obiectul a numeroase cercetări dominate printre altele de întrebarea dacă există sau nu la același subiect o continuitate a depresiei din copilărie la vârsta adultă. Dacă posibilitatea apariției unui episod depresiv la copil nu implică nici o îndoială, în schimb statutul de „boală depresivă" și eventualele sale legături cu tulburările distimice sau tulburările bipolare ale adultului rămân să fie clarificate. În același fel, dacă semiologia episodului depresiv este destul de bine definită, aceea a „bolii depresive" continuă să pună numeroase probleme mai ales în ceea ce privește manifestările considerate ca echivalente ale maniei de la adult.

Totuși contrastul rămâne mare între extrema frecvență a referirii teoretice la „poziția depresivă" sau la „elaborarea depresiei", expresii adesea întâlnite în clinică mai ales în context psihoterapeutic și recunoașterea sau descrierea unei „depresii" la un copil anume. Acest contrast persistă ca o urmă a demersului istoric în cursul căruia se va asista mai întâi la o degajare progresivă a „conceptului depresiv" și a locului său în dezvoltarea copilului înainte chiar ca realitatea clinică a depresiei la copil să fie recunoscută. Vom respecta acest drum istoric abordând punctul de vedere teoretic înainte de clinică și de problemele pe care aceasta le ridică.

1. — „DEPRESIA" ÎN TEORIA DEZVOLTĂRII COPILULUI

1.1. — POZIȚIA DEPRESIVĂ

În 1934, M. Klein scrie *Contribuție la studiul psihogenezei stărilor maniaco-depresive,* care conține în germene ansamblul sistemului său teoretic:

referirea la „poziția depresivă" este aici clar explicitată. Ca urmare, această poziție depresivă va fi, confom M. Klein și continuatorii ei, un loc-cheie în evoluția psihogenetică a copilului. Fără a reveni aici asupra studiului dezvoltării normale (v. cap. 1, 4.1.), este important să-i rezumăm axele principale. Poziția depresivă pe care M. Klein o situează în jurul celui de-al doilea semestru, apoi în cel de-al doilea an, corespunde stadiului percepției obiectului total. Până atunci copilul este protejat de suferința depresivă datorită mecanismelor de clivaj, de proiecție și introiecție: obiectele rele (sânul rău, mama rea, partea rea din sine) sunt separate de cele bune și proiectate spre spațiul înconjurător, în timp ce acelea bune sunt încorporate în sinele bebelușului. Pulsiunile agresive și pulsiunile libidinale sunt astfel net separate, la fel ca și obiectele de investire. Este vorba de faza schizoparanoidă. Numeroase mecanisme complementare au ca scop asigurarea eficacității și menținerea acestui clivaj (negare, idealizare sau devalorizare a obiectului, controlul omnipotent etc.). Totuși, maturizarea progresivă constrânge copilul puțin câte puțin să perceapă globalitatea obiectului: sânul rău și sânul bun, mama rea și mama bună, sunt în realitate un singur și unic obiect, de unde rezultă suferința, neliniștea și în final „depresia" micului copil din cauza tendințelor agresive de care el dă dovadă față de aceste „obiecte bune" ale sale și a fricii concomitente de a le pierde. Copilul se poate apăra de această suferință care rezultă din ambivalența sa, accentuând în mod patologic clivajul și negând, cu ajutorul tuturor mecanismelor declanșate, mai ales cele din seria maniacală, dependența sa sau teama de obiectele rele. În eventualitatea pozitivă, aceea a dezvoltării normale, copilul face față suferinței și datorită procesului de reparație (ale cărui manifestări clinice se leagă direct de deplasare și de sublimare) tinde să restaureze, apoi să păstreze obiectul bun de atacurile sale sadice.

Ulterior, M. Klein va formula câteva detalii teoretice complementare reluând comparația deja avansată de Freud și Abraham între procesul de doliu și starea de melancolie, dar fără să aducă modificări fundamentale.

1.2. — STADIUL DE NELINIȘTE, MOMENTE DEPRESIVE

Cu toate că mulți autori nu recunosc, precum M. Klein, precocitatea dualismului pulsional și a primilor precursori de Supraeu și Eu, toți sunt de acord asupra importanței acestei faze chiar dacă termenul de „depresiv" nu pare întotdeauna adecvat. De fapt, utilizarea unei terminologii împrumutate inițial din psihopatologia adultului pentru a descrie un stadiu normal de dezvoltare genetică a copilului a frapat pe mai mulți autori. Criticile lui Winnicott (1954) își păstrează întreaga actualitate: acest autor preferă termenul de *neliniște* sau de *compasiune* pentru a defini momentul în care copilul percepe caracterul nemilos al conduitei sale anterioare față de mama sa.

Prea stricta delimitare în timp (în cursul celui de-al doilea semestru) suscită de asemenea controverse. Printre acestea, o vom cita pe aceea a lui M. Mahler pentru care poziția depresivă s-ar situa cu mult după al doilea semestru, între lunile 16 și 24, în momentul în care copilul ia cunoștință de separarea sa, de individuarea sa și de pierderea omnipotenței. În această perioadă mama pierde astfel în ochii copilului capacitatea de protecție și de atotputernicie: momentul depresiv corespunde acestei duble mișcări de relativă decepție față de obiectul matern și de percepție mai bună a individualității sale, dar în același timp și a slăbiciunii sale.

1.3. — SEPARARE ȘI DEPRESIE

Susținându-și elaborările teoretice pe constatări clinice mai mult decât pe o reconstrucție metapsihologică, Spitz și apoi Bowlby descriu o reacție particulară a copilului. În raport cu lucrările precedente, această reacție diferă în sensul că este înainte de orice consecutivă unui eveniment extern și nu rezultă dintr-o dezvoltare maturativă care domină conflictul fantasmatic. Spitz relatează astfel comportamentul sugarilor de la 6 la 18 luni, plasați într-un mediu nefavorabil, după o separare maternă brutală: se observă mai întâi o perioadă de plâns, apoi o stare de retragere și indiferență, în același timp cu apariția unei regresii în dezvoltare și/sau numeroase simptome somatice; ansamblul conduce la o stare de mizerie apropiată de marasm. Spitz numește această reacție „depresie anaclitică", pentru că un copil normal se sprijină pe mama lui pentru a se dezvolta, sprijin care îi lipsește dintr-o dată în depresia anaclitică. Ulterior se va descrie sub termenul de hospitalism și apoi de hospitalism intrafamilial același tip de reacție în situația carențelor afective (v. cap. 22, 1.).

Bowlby se oprește de asemenea asupra reacțiilor copilului la separarea de mamă. Menționează că vârsta cea mai sensibilă se situează între 5 luni și 3 ani, când, ca urmare a unei separări, se observă următoarea secvență comportamentală:

– o fază de protest la separare: copilul plânge, se agită, încearcă să-și urmărească părinții, îi strigă (mai ales la culcare). Este de neconsolat, apoi, după 2-3 zile, manifestările zgomotoase se atenuează;

– urmează apoi o fază de disperare: copilul refuză să mănânce, să fie îmbrăcat, rămâne închis, inactiv, nu cere nimic de la cei din jur. Pare să fie într-o stare de doliu;

– în sfârșit, o fază de detașare: nu mai refuză prezența asistentelor, acceptă

îngrijirile lor, hrana, jucăriile. Dacă în acel moment copilul își revede mama, poate să nu o recunoască sau să se retragă de la ea. Mai frecvent țipă sau plânge.

Într-o perspectivă etologică, Bowlby compară această reacție cu aceea observată în cursul experiențelor de separare la anumite primate. Acesta constituie punctul de plecare pentru teoria sa asupra atașamentului, care a fost pe scurt studiată în prima parte (v. cap. 1, 2.). Esențialul aici este de a observa că a doua fază, aceea de disperare, pare cea mai apropiată de ceea ce se observă la animal și de manifestările depresive de la adult. Totuși, după opinia lui Bowlby, nu trebuie să confundăm separarea cu depresia: angoasa declanșată de separare, procesele de luptă împotriva acestei angoase (cum sunt furia, agitația, protestul) și depresia însăși, nu trebuie să fie considerate ca strict echivalente.

1.4. — SUFERINȚĂ ȘI DEPRESIE

Această distincție, la fel ca și necesara distincție dintre o stare de suferință clinică și referința la poziția depresivă ca stadiu maturativ normal, au fost reluate în lucrările lui Sandler și Joffe. Pentru aceștia, răspunsul depresiv este o reacție afectivă de bază: ea reprezintă unul dintre răspunsurile posibile la o stare de suferință. Dar nu trebuie să fie confundată cu suferința și nu este singurul răspuns posibil. De fapt, în fața unei stări de suferință copilul poate utiliza mecanisme de respingere, de evitare, de retragere, de furie sau chiar de mânie extremă care sunt diferite de reacția depresivă. Această suferință poate de asemenea să fie un factor de anulare a procesului de individuare. Reacția depresivă este pentru autori... *„ultima reacție pentru a evita neputința în fața suferinței fizice și psihologice“*. Ea traduce pierderea unei stări de bine anterioare în care este inclusă relația cu obiectul satisfăcător. Pierderea obiectului provoacă o pierdere concomitentă a acestei stări de bine și, în mod secundar, o stare de suferință. Reacția depresivă, situată chiar înainte de stadiul resemnării neputincioase, este intim legată de dezvoltarea agresivității nedescărcate. De fapt, starea de suferință suscită o furie intensă, iar când aceasta nu poate fi descărcată, crește sentimentul de neputință și apoi reacția depresivă. Este bine să distingem deci această reacție depresivă de alte tipuri de reacții cum ar fi pasivitatea sau regresia în fața suferinței.

Aceste precizări și delimitări succesive între suferință, stare depresivă, pierdere de obiect, sunt necesare pentru a evita ca „poziția depresivă“ și „depresia clinică“ să devină referințe explicative permanente și în consecință fără valoare. De fapt, într-o primă perioadă autorii au căutat la copil o semiologie depresivă apropiată de cea a adultului și, negăsind-o, au negat existența depresiei, iar într-o a doua fază, noțiunile de depresie mascată, de echivalent depresiv, referirea la stadii evolutive genetice au condus la o extensie, poate excesivă, a unui asemenea

diagnostic. În paragraful următor vom regăsi această problemă în legătură cu semiologia depresivă a copilului.

Totuși, această trecere în revistă teoretică rapidă permite sublinierea a două puncte fundamentale în procesele depresive:

- importanța pulsiunilor agresive cu posibilitatea elaborării lor și/sau exprimării lor de către subiect;
- importanța pierderii sau separării în trecutul copilului depresiv.

2. — STUDIU CLINIC

Semiologia depresiei a fost obiectul a numeroase dezbateri centrate asupra a două probleme:

- Este această semiologie specifică copilului?
- Este exprimarea depresiei stabilă la diferite vârste (atât la subiecți diferiți cât și la același subiect)?

Clasificările diagnostice internaționale (CIM-10) și americane (DSM-IV) adoptă acest ultim punct de vedere chiar dacă și ele prezintă unele particularități. Clasificarea franceză (CFTMEA) reține ideea unei specificități. În realitate pare să existe un relativ consens asupra semiologiei episodului depresiv propriu-zis în timp ce problemele rămân numeroase în legătură cu semiologia „bolii depresive“, a „bolii distimice“ *și a fortiori* a „bolii bipolare“. Altfel formulată, această opoziție conduce la interogații asupra locului pe care îl ocupă o eventuală stare depresivă durabilă în cursul dezvoltării și maturizării unui copil și asupra strategiilor de luptă împotriva acestei depresii dincolo de mecanismele de apărare. Dintr-o asemenea perspectivă, din punct de vedere strict descriptiv, s-a putut asista la multiplicarea și la acumularea de simptome ca posibile dovezi ale unei boli depresive: aproape toată semiologia copilului a putut astfel, printr-un autor sau altul, să fie asociată depresiei.

Numeroși sunt autorii care au propus „liste“ de simptome (Weinberg, 1973; Dugas și Mouren, 1982; Achenback, 1987; Angold, 1988; Papazian, 1982).

Ca exemplu reamintim cele zece simptome decelate de Weinberg:

- dispoziție disforică;
- autodepreciere;
- comportament agresiv (agitație);
- tulburări de somn;
- modificări ale performanțelor școlare;
- diminuarea socializării;
- modificarea atitudinii față de școală;

- acuze somatice;
- pierderea energiei obişnuite;
- modificarea neobişnuită a apetitului şi/sau pierdere în greutate.

Pe drept cuvânt această grupare de simptome pare destul de heterogenă. Totuşi realitatea clinică arată pertinenţa anumitor grupări sindromologice în special privind descrierile Episodului Depresiv Major, aşa cum îl izolează DSM-III-R sau IV. O „traducere" a acestei semiologii în limbajul copilului, modul său specific de expresie sau percepţiile părinţilor şi ale clinicianului apar totuşi necesare, astfel încât concepte abstracte cum ar fi „pierderea stimei de sine", „anhedonie", „autodepreciere", să capete un veritabil sens clinic. Din această perspectivă noi vom descrie mai întâi semiologia episodului depresiv la un copil de vârstă medie (5/6 ani până la 11/12 ani), apoi vom aborda problema „bolii depresive" înainte de a studia evoluţia semiologică în funcţie de vârstă.

2.1. — EPISODUL DEPRESIV LA COPIL

Survenind de obicei în decursul unui eveniment care are valoare de pierdere sau de doliu (separarea părinţilor, decesul unui bunic, al unui frate sau al unui părinte), eveniment care uneori în ochii adulţilor poate să apară mai anodin (mutare a locuinţei, moartea unui animal domestic al familiei, plecarea unui prieten...), acest episod depresiv survine progresiv, dar comportamentul copilului apare net modificat în raport cu situaţia anterioară.

În mod sigur lentoarea psihomotorie şi inhibiţia motorie marcate de o anume încetineală pot conduce aproape la imaginea „unui mic bătrân", cu figură puţin expresivă, puţin mobil şi puţin surâzător. Uneori copilul este descris ca fiind cuminte şi chiar „prea cuminte", aproape indiferent, supus la tot ceea ce i se propune. Dar cel mai frecvent se constată o anume agitaţie, mai ales când i se cer copilului anumite sarcini sau momente de atenţie: „nu poate sta locului", „se mişcă tot timpul", „este ca argintul viu", „se enervează din nimic", spun părinţii. Aceste momente de agitaţie sunt frecvent întrerupte de momente de inerţie: copilul instalat pe canapea în faţa televizorului, dar părând „absent", aproape indiferent. Instabilitatea ia adesea forma furiei: „nu poţi să-i spui nimic", „este supărăcios, furios, nervos, în opoziţie, refuză totul", „zice întotdeauna nu", „nu este niciodată de acord". Dacă lipsa de interes se traduce adesea prin întreruperea activităţilor ludice sau culturale („nu-l interesează nimic", „nu poţi niciodată să-i faci plăcere"), aceasta este uneori direct exprimată: „mă plictisesc", „sunt sătul până-n gât". Pierderea stimei de sine se traduce prin formulări ca: „sunt nul", „nu sunt bun de nimic", cvasi sistematice.

Devalorizarea se exprimă adesea prin expresia imediată a îndoielii în faţa unei

întrebări, a unei cereri (desen, joc): „nu ştiu", „nu reuşesc", „nu pot". O menţiune specială trebuie făcută în legătură cu expresia „părinţii mei nu mă plac" şi într-un grad mai mic „nu sunt plăcut", „colegii nu mă plac", toate fiind expresii care traduc sentimentul de pierdere a iubirii şi care în general maschează un sentiment de devalorizare şi culpabilitate. Exprimarea conştientă a sentimentului de culpabilitate ia cu uşurinţă forme ca „sunt rău", „nu sunt drăguţ cu părinţii mei", dar poate de asemenea să se exprime direct prin „este greşeala mea".

Dificultatea de a gândi, de a fi atent la lucru şi de a se concentra antrenează adesea o fugă, o evitare sau un refuz al activităţii şcolare numite cu uşurinţă „lene" de către părinţi, dar mai ales de către copilul însuşi, şi conducând la eşec şcolar. În unele cazuri copilul, dimpotrivă, petrece ore în şir în fiecare seară cu cărţile şi caietele, dar este incapabil să înveţe şi mai ales să memorizeze.

Se pot observa tulburări de apetit, mai frecvent comportament anorectic în mica copilărie (putând uneori să determine scăderi ponderale) şi comportament de bulimie sau de ronţăit la copilul mare sau la preadolescent. Somnul este dificil, găsind adesea motive de a se opune culcării, de refuz care amplifică conflictul cu părinţii, pot să suscite măsuri punitive şi accentuează iritabilitatea unora sau a celorlalţi. Coşmarurile fac parte din componenta anxioasă la fel ca şi fricile frecvente, mai ales cele de accidentarea părinţilor. Durerile de burtă şi de cap destul de frecvente sunt la graniţa dintre problematica anxioasă şi cea depresivă.

Nu este rar ca ideile de moarte sau de suicid să fie exprimate printr-o scrisoare adresată părinţilor în care copilul declară „că nu este iubit şi că va muri sau se va omorî". Această scrisoare sau declaraţie este adesea motivul care conduce la consultaţie.

Când copilul deprimat este singur cu cel care îl consultă, repetă cu uşurinţă în special în faţa foii albe „nu ştiu", „nu reuşesc", „nu pot". Schiţa unui desen se însoţeşte adesea de comentarii negative: „este greşit", „nu este bine", „nu este frumos". Se observă o sensibilitate exagerată la imperfecţiuni sau la obiecte stricate când foloseşte jucăriile: „este stricat"...

Este de la sine înţeles că tematica eşecului, a incapacităţii de a realiza desenul, sarcina, a jocului, este în prim plan.

Aceste constatări la copilul singur întăresc datele din interviul cu părinţii şi acest lucru confirmă probabilitatea diagnostică.

În mod evident fiecare din aceste semne luat izolat nu este în mod necesar semnificativ pentru episodul depresiv, dar asocierea lor (cinci până la şase din aceste simptome), constanţa lor în timp şi modificarea comportamentală netă pe care ele o induc sunt foarte caracteristice. Nu este neobişnuit ca acest ansamblu simptomatic tipic să fie complet ignorat (sau negat?) de anturaj, de părinţii înşişi iar copilul să rămână astfel semestre întregi în această stare de suferinţă depresivă.

Această necunoaştere este gravă deoarece, pe lângă suferinţa persistentă a copilului, simptomele pot să determine o dezadaptare progresivă în special şcolară, confirmând într-un al doilea timp devalorizarea copilului ("sunt nul", „nu sunt bun de nimic", „nu reuşesc") şi accentuând adesea neînţelegerea dintre părinte şi copil. În plus aceste simptome se complică adesea cu manifestări supraadăugate cum ar fi manifestările anxioase, tulburările de comportament exacerbate, conduite de alură opoziţională sau delincventă (fugă, furt...). Aceste manifestări pot puţin câte puţin să instaleze copilul în „boala depresivă" care adesea apare ca o reamenajare sub formă de refuz al depresiei.

2.2. — „BOALA DEPRESIVĂ": EXPRESIA UNEI SUFERINŢE DEPRESIVE SAU APĂRARE ÎMPOTRIVA POZIŢIEI DEPRESIVE (REFUZUL DEPRESIEI?)

Pe lângă episodul depresiv, unii copii prezintă o simptomatologie fie mai săracă, fie mai vagă dar mai ales mai durabilă în măsura în care aceasta este adesea ignorată sau negată, în primul rând de către părinţi. Manifestările de agitaţie, de instabilitate, de iritabilitate riscă să ia puţin câte puţin avans conducând la tablouri cu alură caracterială (v. cap. 20, 3.) sau comportamentală. Acest lucru explică foarte frecventa „comorbiditate" aşa cum a fost descrisă în literatura anglo-saxonă. Astfel Angold A. şi Castello E. (1993) fac o meta-analiză a publicaţiilor epidemiologice în legătură cu depresia la copil şi cu frecvenţa comorbidităţii: aceasta merge de la 21 la 83% pentru tulburările de conduită şi opoziţionism, de la 30 la 75% pentru tulburările de deficit de atenţie. Autorii concluzionează totuşi articolul lor prin remarca: „mecanismele prin care apare comorbiditatea rămân, până în prezent, obscure"!

Principala „complicaţie" a depresiei durabile constă în problemele şcolare. Eşecul şcolar şi, în măsură mai mică, dezinteresul şi dezinvestirea şcolară sunt foarte frecvente: o lungă serie de eşecuri care contrastează în raport cu un bun nivel de eficienţă sau, şi mai caracteristic, scăderea brutală a randamentului şcolar. Conduitele fobice, în special fobia şcolară (v. cap. 23, 2.3.) pot traduce teama de a se îndepărta de căminul familial sau de abandon şi pot ascunde o stare depresivă.

La nivelul corpului sau al aspectului fizic, se observă uneori o atitudine permanentă de neglijenţă, un aspect neîngrijit, ca şi cum copilul ar fi incapabil să-şi investească pozitiv corpul şi aspectul său. Cam aşa sunt şi copiii care îşi pierd neîncetat obiectele personale (haine, chei, jucării).

La extremă anumite comportamente apar ca dovezi directe ale unui sentiment de culpabilitate sau ale unei nevoi de pedeapsă a căror legătură cel puţin temporală cu episodul depresiv este evidentă: răniri repetate, atitudini periculoase, pedepse neîncetate la şcoală etc. Apariţia sau reapariţia conduitelor direct autoagresive este de asemenea posibilă.

În sfârşit vom cita, fără să dezvoltăm, tentativele de suicid ale copilului şi mai ales ale adolescentului, subliniind totuşi că nu trebuie să se stabilească o echivalenţă prea directă între depresie şi tentativa de suicid (v. cap. 12, 3.2.).

În plus, anumite simptome pot fi analizate ca o apărare împotriva „poziţiei depresive". Acestea sunt de natură foarte diversă. În realitate este fie evaluarea psihopatologică din timpul interviului sau datorită testelor proiective, fie reconstrucţia genetică care permite legarea de „nucleul depresiv". Atitudinea de înţelegere empatică ia aici avans faţă de decriptarea semiologică. Trebuie totuşi să subliniem riscul abuzului de limbaj care poate să rezulte de aici. Anumite conduite par să se înscrie direct în registrul a ceea ce M. Klein numeşte apărări maniacale cum ar fi pentru a nega tot afectul depresiv sau pentru a-l face să triumfe. Se poate cita aici turbulenţa extremă care poate deveni o veritabilă instabilitate, fie motorie, fie psihică, cu logoree, evocând direct fuga de idei maniacală. Aceste stări pun problema existenţei bolii bipolare la copil (v. cap.18, 5.). Alte conduite apar ca şi conduite de protest sau de revendicare faţă de starea de suferinţă. Citãm astfel:

- conduitele de opoziţie, de supărare, coleroase sau chiar de furie;
- manifestările agresive (crize clastice, violenţă faţă de alţi copii) şi chiar autoagresive;
- tulburările de comportament, furturi, fugi, conduite delincvente, conduite toxicomanice (v. cap. 10).

În sfârşit anumite simptome au fost considerate ca „echivalente depresive", prin analogie cu clinica adultului. Citãm aici:

- enurezisul;
- eczema, astmul;
- obezitatea, anorexia izolată.

În realitate toate conduitele patologice ale copilului au putut fi astfel atribuite unei „depresii". Se pare totuşi că autorii care utilizează acest concept de echivalent depresiv leagă printr-o explicaţie etiopatologică adesea sumară un eveniment anterior presupus traumatic şi factor de depresie (mai ales situaţiile de pierdere) cu conduita observată. Lucrările recente (v. Sandler şi Joffe) se situează împotriva acestei extensii abuzive, insistând asupra necesităţii distincţiei dintre pierdere de obiect, stare de suferinţă şi reacţie depresivă.

2.3. — DEPRESIA ÎN FUNCȚIE DE VÂRSTĂ

Extrema variabilitate a simptomatologiei depresive în funcție de vârstă impune o scurtă descriere, după stadiile maturative, fără a relua totuși în detaliu aceste conduite.

Depresia bebelușului și a copilului foarte mic (până la 24-30 de luni). — Simptomatologia cea mai manifestă a fost descrisă de Spitz care a observat o perioadă de plâns, apoi o stare de retragere și indiferență mergând până la „depresie anaclitică" în cazul carenței afective grave. Bowlby, pe de altă parte, descrie o fază de disperare care succede fazei de protest (v. prima parte). Aceste reacții de profundă disperare consecutive pierderii obiectului privilegiat de atașament au devenit mai rare datorită cunoașterii mai bune a acestora și unei mai mari sensibilități la nevoile nu numai igieno-dietetice ale bebelușului, dar și afective. Totuși, aceste tablouri se întâlnesc încă în condițiile de carență gravă familială (de unde și numele de hospitalism intrafamilial) sau de haos educativ (schimbare de imagine maternă, de condiții de viață...). În asemenea condiții, se observă încă veritabile **„depresii anaclitice"**: bebeluși sau copii mici apatici, abătuți, cu privire ștearsă, izolați, în aparență indiferenți la anturaj, retrași. Se observă absența manifestărilor de la trezire sau jocurile proprii acestei vârste: absența gânguritului, absența jocului cu mâinile sau cu jucărioarele, absența curiozității exploratorii... Există din contră frecvente autostimulări: balansări în poziție genupectorală, ritmii solitare nocturne sau la adormire, dar mai ales diurne, scânceli. Marile achiziții psihomotorii sunt întârziate: retard al apariției poziției așezate, apoi al mersului, apoi al curățeniei, care toate se fac în general la limita superioară a perioadei normale. Adesea copiii încep să meargă spre 20 de luni. Exprimarea fonematică, apoi prin limbaj, este totdeauna profund perturbată și întârziată: retardul limbajului va deveni apoi cvasi-constant. Evoluția pe termen lung pare să fie marcată de o atenuare progresivă a acestei simptomatologii, chiar dacă este foarte manifestă. Dar, pe termen lung, ansamblul personalității se organizează în jurul carenței inițiale cu profunde perturbări în stucturarea narcisismului, ceea ce îi conduce pe unii autori (Lustin, Mazet) să vorbească despre „organizare anaclitică". Riscul evolutiv major este instalarea în linia deficitară, fie că retardul este global, fie mai ales electiv. Dizarmonia frecventă a retardului, condițiile socio-economice proaste, mediul afectiv defavorabil, trebuie să incite la a merge dincolo de simplul diagnostic de debilitate mintală.

Mai frecvente sunt reacțiile depresive care corespund fie lipsurilor afective parțiale (absențe scurte dar repetate, imgini materne multiple, mamă ea însăși depresivă), fie inadecvărilor în interacțiunea mamă–copil. Reacția de retragere a

bebelușului este atunci foarte caracteristică. În plus cu cât copilul este mai mic, cu atât simptomatologia se înscrie în conduitele psihosomatice: anorexia și tulburările de somn sunt de departe cele mai frecvente. Se pot cita de asemenea episoadele diareice, afecțiunile dermatologice (eczemă, pelade), afecțiunile respiratorii (astm).

În ceea ce ne privește, noi preferăm termenul de abandonism, hospitalism, carență totală sau parțială (v. descrierile cap. 22, 1.) pentru a descrie aceste diverse stări de deprivare la copilul mic și la sugar. Recurgerea la termeni ca „depresie", „depresie anaclitică", riscă să creeze confuzii cu „travaliul depresiv" legat printre altele de culpabilitate. Rămâne „reacția de retragere" care este, poate, nucleul răspunsului depresiv în sensul lui D. Widlöcher (1983) dar care se observă mai de grabă în cazurile de interacțiuni inadecvate de tip mamă deprimată–bebeluș (v. cap. 22, 2.2.).

Depresia copilului mic (3 ani până la 5-6 ani). — La această vârstă, manifestările simptomatice ale depresiei sunt deosebit de variate. Dacă simptomele direct legate de depresie pot să se observe în cursul unei separări sau a unei pierderi brutale (v. 1.3.), cel mai frecvent este vorba despre conduita de luptă împotriva afectelor depresive. Perturbările comportamentale sunt adesea în primul plan: izolare sau retragere, uneori calm excesiv, dar cel mai frecvent se observă o agitație, o instabilitate importantă, conduite agresive auto- sau mai ales heteroagresive, autostimulări prelungite, în special conduite masturbatorii cronice și compulsionale. Se observă de asemenea un aspect frecvent haotic al stării afective: cerere afectivă intensă alternând cu atitudini de prestanță, de refuz relațional, de furie și violență la cel mai mic refuz; există uneori oscilații ale dispoziției cu alternanța stărilor de agitație euforică cu cele de plâns silențios.

Achizițiile sociale obișnuite acestei vârste sunt în general afectate: fără jocuri cu alți copii, fără autonomizare în conduitele vieții cotidiene (toaletă, îmbrăcat). Perturbările somatice sunt frecvente: dificultăți ale somnului cu treziri nocturne frecvente, coșmaruri, somnolență diurnă, tulburări de apetit uneori cu oscilații între refuz alimentar și faze bulimice, enurezis, dar uneori și encoprezis intermitent. Cu adultul, poate să existe o sensibilitate extremă la separări, o cerere relațională atât de intensă încât toată activitatea autonomă este imposibilă, copilul căutând fără încetare „să-i facă pe plac" adultului: în aceste condiții dusul la grădiniță este în general dificil sau imposibil deoarece inserția în grupul de copii nu este suportată, copilul având nevoie de o relație în doi. „Prostiile" sunt frecvente, copilul căutând în mod manifest pedeapsa adultului ca sancțiune pentru o culpabilitate imaginară întotdeauna vie.

Evoluția în absența tratamentului și/sau a corectării factorului declanșant riscă să se facă în sensul unei agravări a tulburărilor de comportament și a eșecurilor în socializare.

Depresia adolescentului. — Foarte frecventă şi strâns legată de remanierile psihoafective proprii acestei vârste, depresia adolescentului este studiată în compendiul *Adolescenţă şi psihopatologie* (capitolul 8).

2.4. — DIAGNOSTIC DIFERENŢIAL

„Depresia" la copil este mai frecvent subevaluată decât diagnosticată în exces. Este vorba mai întâi de a integra această eventualitate diagnostică în ipotezele „sindromologice" ale clinicianului. Diagnosticul de depresie, *a fortiori* de episod depresiv, nu anticipează organizarea structurală subiacentă (v. IV-C).

Totuşi la copilul mic (înainte de 5-6 ani) trebuie evocat un diagnostic diferenţial: existenţa durerii, mai ales a unei dureri cronice. Tabloul clinic al copilului care are o durere (v. cap. 25, 1.1.) prezintă numeroase puncte comune cu cel al depresiei. În plus durerea cronică şi reacţia depresivă se pot asocia la acelaşi copil. Este deci necesar să luăm în considerare o asemenea eventualitate mai ales dacă situaţia clinică a copilului este evocatoare pentru un asemenea context.

Dacă se identifică o stare dureroasă, tratamentul prealabil al acesteia se impune.

3. — FRECVENŢĂ ŞI EVOLUŢIE

3.1. — STUDII EPIDEMIOLOGICE

Anchetele epidemiologice s-au înmulţit în ultima vreme pentru a evalua frecvenţa depresiei la copil. Toate aceste anchete utilizează fie interviuri standardizate (înscriindu-se într-o perspectivă categorială: DISC şi DISC-R, DICA, KSADS...), fie scale de evaluare (constituite într-o perspectivă dimensională care cuantifică şi dă scoruri: CDI, CES-DC, DSRS etc.) (v. scale şi interviuri standardizate, p. 89) sau se referă la criterii de clasificare, mai ales la DSM-IV. Bineînţeles frecvenţa depresiei la copil în populaţia generală (prevalenţă) depinde de definiţie şi de instrumentul de evaluare utilizat.

Astfel, în ancheta lor din Ontario, Flemming şi colab. (1989) evaluează la copilul de la 6 la 11 ani incidenţa respectiv la 0,6% cu o înaltă certitudine (scor ridicat la scale şi interviuri), 2,7% cu o certitudine medie şi 17% cu o certitudine diagnostică slabă.

Totuşi studiile cele mai recente care utilizează criterii riguroase evaluează

toate această prevalenţă (Episodul Depresiv Major) între 0,5 şi 2-3% din populaţie (Flemming şi Offord, 1990; Guillaud-Bataille şi Cialdella, 1993; Fombonne, 1994; Valla, 1994). Atunci când copilul însuşi este cel care furnizează informaţiile, această prevalenţă este uşor superioară celei care se observă atunci când părinţii dau infomaţiile.

În populaţia clinică (copii consultaţi, spitalizaţi) frecvenţa este mai ridicată putând să atingă 20-25% din populaţie, adesea mai mare pentru băieţi decât pentru fete (Kolvin şi colab., 1991: băieţi 39%, fete 18%: copii de 9-12 ani).

Prevalenţa în populaţia generală este deci sensibil inferioară celei care se observă la adolescent (prevalenţa depresivă de la 3 la 7% pentru episodul depresiv major, în cea mai mare parte dintre anchete).

Totuşi Manzano şi colab. (1992) arată că interviurile standardizate care utilizează criteriile DSM-III-R la fel ca şi scalele de evaluare (CDRS-R a lui Poznanski) ignoră un număr deloc neglijabil de stări depresive reperate la copil de către clinicieni experimentaţi în cursul interviurilor clinice semi-structurate.

3.2. — EVOLUŢIA ÎN ADOLESCENŢĂ ŞI LA VÂRSTA ADULTĂ

Datele epidemiologice acumulate arată un risc evolutiv deloc neglijabil. Semnalăm mai întâi riscul suicidar: acest risc ar fi de unsprezece ori mai ridicat la copiii care prezintă o tulburare depresivă faţă de copiii care au un alt tip de tulburare mintală (Kovacs şi colab., 1993), cum sunt tulburările de conduită, consumul toxicomanic de substanţe (Spirito şi colab., 1969). Acest risc apare în general în preadolescenţă (11-13 ani) şi mai ales în adolescenţă.

Riscul depresiv în adolescenţă şi la vârsta adultă este mai dificil de evaluat. Rarele studii catamnestice pe perioade îndelungate au descris evoluţia câtorva cazuri. Penot (1973), la 17 copii de la 5 la 11 ani, a arătat nu numai diversitatea structurilor psihopatologice subiacente stării depresive ci şi, în cazul persistenţei acestei stări, „tendinţa remarcabil de constantă de a se structura pe model caracterial sau psihopatic". Aceste constatări clinice vechi deja sunt totuşi întărite de anchetele epidemiologice actuale care arată frecventa comorbiditate asociată sau care apare (v. mai sus) treptat. Chess şi colab. (1983) au urmărit de asemenea timp de 18-22 ani şase subiecţi care prezentaseră un episod depresiv în copilărie. În cazurile observate continuitatea dintre tulburarea din copilărie şi tulburarea depresivă din adolescenţă este evidentă mai ales pentru doi dintre ei, care prezentaseră în copilărie episoade depresive majore repetate.

Anchetele epidemiologice cele mai recente nu sunt întotdeauna uşor de interpretat în măsura în care evoluţia depresiei la copil este adesea confundată cu depresia la adolescent. Dacă corelaţia dintre tulburările depresive ale

adolescentului și cele ale adultului pare destul de puternică (Kovacs 1984, Kandel 1986, Garber 1988, Marcelli 1995) corelația pare însă mai discutabilă atunci când este luat în considerare doar copilul prepuber. Astfel studiul lui Harrington și colab. (1990) furnizează date interesante asupra continuității depresiei la vârsta adultă. Dacă la modul general depresia copilului și adolescentului cresc riscul depresiei la vârsta adultă, corelația dintre episodul depresiv major la vârsta adultă și antecedentele depresive în copilărie este mult mai puternică atunci când episodul depresiv a apărut după pubertate. Doar un copil prepuber din cinci va prezenta la vârsta adultă un episod depresiv major (proporția: 20%) în timp ce după pubertate opt tineri postpuberi deprimați din treisprezece vor face un episod depresiv major la vârsta adultă (proporția: 60%).

Același autor (Harrington și col., 1991) analizează urmărirea timp de 18 ani a unei cohorte de copii și adolescenți deprimați (63 de cazuri) comparativ cu un grup martor apariat (68 de cazuri). 21% au prezentat „tulburări de comportament" asociate cu sindromul depresiv. Copiii „deprimați cu tulburări de comportament" au avut o evoluție la vârsta adultă marcată de un risc crescut pentru conduite antisociale și delincvente și un risc mai slab de evoluție depresivă. În schimb, grupul de copii „deprimați fără tulburări de conduită" a prezentat un risc ușor mai crescut de evoluție depresivă la vârsta adultă.

Totuși în acest ultim studiu este mai dificil de distins cazurile de copii prepuberi de cele de adolescenți.

În concluzie continuitatea unei suferințe psihice apare evidentă de la copilul deprimat până la adult, în timp ce continuitatea depresivă propriu-zisă rămâne să fie afirmată de studii mai riguroase.

4. — CONTEXT ETIOPATOLOGIC ȘI ABORDARE PSIHOPATOLOGICĂ

Ni se pare preferabil să vorbim aici despre un context favorizant mai de grabă decât să evocăm o etiologie precisă. De fapt, riscul, deja semnalat, este de a lega într-o cauzalitate lineară evenimentele observate și conduitele copilului. Această atitudine conduce de exemplu la a boteza „depresie" toate manifestările secundare unei pierderi, simptomatologia clinică și cauza presupusă formând un fel de explicație globalizantă, reducționistă... și uneori falsă.

Totuși anumite contexte, anumite circumstanțe traumatice se regăsesc cu mare frecvență în antecedentele copiilor care prezintă semiologia descrisă mai sus. Printre acești factori izolăm situația de pierdere, apoi contextul familial.

4.1. — EXISTENȚA PIERDERII SAU A SEPARĂRII

Este foarte frecventă dacă nu chiar constantă în istoria copiilor depresivi sau deprimați. Pierderea poate să fie reală și să aibă efecte durabile: decesul unuia sau ambilor părinți, al unui frate, al unui adult apropiat copilului (bunic, doică...), separare brutală și completă fie prin dispariția unei persoane apropiate (separare parentală, plecarea unui frate...), fie prin îndepărtarea copilului însuși (spitalizare, plasare la doică sau instituțională nepregătită...).

Evenimentul apare mai traumatic atunci când copilul are o vârstă critică (6 luni până la 4-5 ani) și nu persistă nici un reper permanent (schimbare de cadru, dispariție din fratrie).

Separarea poate să fie temporară (boală, spitalizare scurtă, absență momentană a unuia dintre părinți), dar să suscite o angoasă de abandon care să persiste mult timp după reîntoarcerea la situația normală. Uneori este pur fantasmatică: sentimentul de a nu mai fi iubit, de a fi pierdut posibilitatea de contact cu o persoană apropiată. Pierderea poate să fie doar „interactivă": părinte care nu mai este disponibil în plan psihic, acaparat de un conflict conjugal sau de un doliu de exemplu. Semnalăm că pentru copil, mai ales dacă este mic, pierderea unei persoane apropiate în special membru al fratriei se dublează adesea prin „pierderea interactivă" a părintelui sau părinților care sunt ei înșiși prinși în travaliul de doliu sau într-o adevărată stare depresivă. Acești factori trebuie să fie apropiați de contextul familial care este descris în mod obișnuit.

Totuși pierderea este uneori aparent mai banală, cel puțin pentru adult. Semnalăm astfel moartea unui animal de casă (mai ales animalul care a fost prezent în casă de la nașterea copilului), o mutare a locuinței, pierderea sau plecarea unui prieten.

4.2. — MEDIUL FAMILIAL

Din ansamblul studiilor asupra mediului familial, mai multe elemente reies în mod regulat (Poznanski și Zrull, Penot, Agraas etc):

– *frecvența antecedentelor de depresie la părinți, mai ales la mamă*. Două mecanisme au fost incriminate pentru a explica această frecvență:

– un mecanism de identificare cu părintele deprimat;

– un sentiment că mama este în același timp inaccesibilă și indisponibilă și că totodată copilul însuși este incapabil să o consoleze, să o gratifice sau să o satisfacă. Copilul este deci confruntat cu o dublă mișcare de frustrare și de

culpabilitate. Este de înțeles că într-o asemenea situație agresivitatea nu poate să-și găsească o țintă externă de exprimare;

– *frecvența carenței parentale, mai ales materne*: contact mediocru părinte–copil, stimulare afectivă redusă sau absentă, verbală sau educativă. Un părinte este uneori în mod deschis rejectant: devalorizare, agresivitate, ostilitate sau indiferență totală față de copil, putând să meargă până la respingere completă;

– *mai rar s-au descris și alte componente parentale*, în special o severitate educațională excesivă (Penot) determinând la copil constituirea unei instanțe superegotice deosebit de severe și neîndurătoare;

– *anumite condiții particulare favorizează dezvoltarea acestei instanțe superegotice neîndurătoare și participă la dezvoltarea unei stări depresive*. Astfel, copiii victime ale maltratărilor prezintă adesea trăsături depresive sau o depresie veritabilă. Într-o populație de 56 copii de la 7 la 12 ani victime ale unor abuzuri, J. Kaufman observă că 27% dintre copii prezintă un episod depresiv major sau o distimie (criterii DSM-III-R). Copiii victime ale maltratărilor dezvoltă adesea sentimentul că dacă părinții lor îi bat este pentru că au făcut prostii și sunt „răi". Deci ei se simt vinovați, meritând loviturile pe care le primesc.

4.3. — ABORDARE PSIHOPATOLOGICĂ

Din punct de vedere psihopatologic, ni se pare necesar să diferențiem în modul cel mai clar două tipuri de depresie la copil:

– cele care sunt consecutive unei deprivări precoce și masive, unei carențe: figuri ale vidului, care alterează echilibrul psihosomatic și afectează condițiile maturizării și dezvoltării;

– cele care sunt consecutive unei absențe, unei pierderi sau unei lipse secundare: imaginea obiectului care lipsește este interiorizată și această reprezentare a obiectului pierdut este cea care provoacă „travaliul depresiv".

Nu există continuitate psihopatologică de la o stare la alta. Din contră, aceste două stări care s-ar putea numi una „figură a vidului și a nereprezentabilului", iar cealaltă „figură a plinului obiectului care lipsește", par să funcționeze ca puncte de atragere care organizează și una și cealaltă „complexe psihopatologice" cu logică diferită.

Noi nu ne vom opri asupra primei figuri, trimițând cititorul la teoriile lui Spitz și Bowlby citați de mai multe ori în această lucrare și la capitolul despre carențele afective (v. cap. 22, 1.).

În ceea ce privește stările depresive legate de reprezentarea pierderii legăturii cu obiectul, problematica nu este fundamental diferită de ceea ce se observă la adult, cu condiția absolut necesară ca, într-o manieră conștientă sau inconștientă,

copilul să poată să-și reprezinte această lipsă. Acest lucru pune indirect problema limbajului, chiar când copilul utilizează expresii care îi sunt proprii. Acesta este motivul pentru care am descris acele „cuvinte de copil" (v. 2.1.).

Se pune o problemă teoretică: exprimarea culpabilității și locul Supraeului în dezvoltarea copilului.

Teoria kleiniană situează în apropierea nașterii apariția sentimentului de culpabilitate și a Supraeul arhaic. Dar M. Klein propune mai mult o interpretare psihodinamică decât o descriere semiologică: din acest punct de vedere toate manifestările de alură psihotică ale copilului mic pot să fie analizate ca expresie a angoasei arhaice legate de o culpabilitate ea însăși arhaică cu teama de represalii din partea unui Supraeu intransigent și arhaic.

Mai clasic din perspectiva freudiană, în decursul perioadei oedipiene, interiorizarea imagourilor parentale și organizarea unui Supraeu deschid calea culpabilității nevrotice. Apariția unei pierderi în anturajul copilului îl trimit pe acesta în inevitabila ambivalență a sentimentelor, îi suscită culpabilitatea și declanșează spirala depresivă. Acest lucru este deosebit de clar în cazul decesului unui membru al fratriei pentru care copilul supraviețuitor se consideră vinovat, rău, sau în caz de boală gravă a unei persoane apropiate mai ales dacă boala mobilizează atenția și îngrjirile din partea părinților.

În plan psihopatologic, există atunci un gradient care merge de la starea depresivă tipică, până la manifestări mai nevrotice sub formă de conduite de eșec sau de pedepse repetate. Atât într-un caz cât și în celălalt dinamica nevrotică este prevalentă dar necunoașterea suferinței depresive poate, așa cum s-a mai spus, să provoace o acumulare de conduite deviante și să se organizeze puțin câte puțin în jurul negării acestor afecte.

Privind ansamblul acestei dinamici a culpabilității, dacă Supraeul „oedipian" amenință copilul cu retragerea iubirii și a stimei ca „pedeapsă" pentru o greșeală făcută, gândită sau fantasmată, Supraeul arhaic îl amenință pe micuțul copil cu retragerea sprijinului, cu prăbușirea și cu o replică implacabilă condamnată de legea Talionului. În aceste condiții tot ceea ce alimentează fanteziile și fantasmele agresive poate să sufere o reprimare severă mai ales dacă un eveniment din realitate pare să o confirme. Atunci când copilul suferă presiunea unui Supraeu oedipian, va căuta să-și „repare" greșeala reală sau imaginară pe calea sublimării. Când copilul a suferit presiunea unui Supraeu arhaic, el nu are altă cale decât creșterea vigilenței persecutorii, proiecția în exterior a pulsiunilor sale agresive și creșterea fricii de represalii. Ne confruntăm aici cu două figuri opuse ale depresiei după cum „poziția depresivă" va fi fost sau nu elaborată. Din punct de vedere structural această linie separă ceea ce ar fi, pe de o parte, „depresia nevrotică" și, pe de altă parte, „depresiile" care s-ar putea numi „prenevrotice" în sensul dezvoltării genetice sau „prepsihotice" în sens economico-dinamic.

5. — TULBURAREA MANIACO-DEPRESIVĂ ŞI/SAU BIPOLARĂ LA COPIL ŞI CERCETĂRILE ORGANICE

Dezbaterea asupra existenţei unei tulburări maniaco-depresive în copilărie a făcut să curgă multă cerneală încă de la primele publicaţii ale lui Camprel (1952), apoi ale lui Anthony şi Scott (1960). Aceştia din urmă, pe baza semiologiei descrise de Kraepelin, au definit zece criterii de recunoaştere a unei psihoze maniaco-depresive la copil; aceştia au revăzut cazurile clinice publicate din literatură şi au constatat că nici unul dintre copii înainte de adolescenţă nu au reunit mai mult de 7 criterii; doar trei cazuri au îndeplinit mai mult de 5 criterii.

Conceptul de „psihoză afectivă“ propus de Harms (1952) a deschis în mod sigur perspectiva semiologică recunoscând posibilitatea exprimărilor simptomatice proprii copilului, dar au făcut întrucâtva confuze limitele nosografice. Sub expresia de *serious basis*, Harms a descris copii de 3 până la 5 ani prezentând momente de tristeţe anormală, fără zâmbet, figură puţin expresivă, părând să nu fie interesaţi de nimic, având în alte momente accese de agitaţie, momente de agresivitate, conduite de clovn fără o cauză evidentă. Aceste momente se succed, fiind clar delimitate unele de celelalte.

Plecând de la cazuri clinice similare, Penot a propus în 1973 o interpretare teoretică în termeni de negare a poziţiei depresive cu toate reamenajările secundare pe termen lung, în special în domeniul caracterial sau psihopatic.

Clasificarea franceză a tulburărilor mintale ale copilului şi adolescentului (Mises R. şi colab., 1988) reţine pentru aceşti copii termenul de psihoză distimică. Formele care răspund riguros criteriilor definite rămân rare în ansamblul psihozelor precoce.

În cadrul tulburării maniaco-depresive, existenţa formelor monopolare şi bipolare a fost descrisă la copil ca şi la adult. Astfel Tomasson şi Kuperman (1990) relatează cazul unui băiat: care, începând de la vârsta de 7 ani, a prezentat o alternanţă de episoade de retragere şi episoade de agitaţie, de agresivitate şi de „clovnerie“, mai ales în clasă. Aceste episoade apăreau brusc. La adolescenţă, virajele afective, mai ales sub tratament antidepresiv, s-au petrecut tot mai frecvent, conducând la o „stare mixtă“. Autorii menţionează importanţa antecedentelor psihiatrice în familie. Mama şi două mătuşi materne aveau tulburare maniaco-depresivă; bunica paternă avea „tulburări afective majore“ *(major affective disorder)*, tatăl avea tulburări organice de personalitate *(organic personality disorder)*.

În faţa unui episod depresiv al copilului mare, Carlson şi Strober (1978) definesc criteriile care trebuie îndeplinite pentru a diagnostica un episod depresiv în cadrul unei tulburări maniaco-depresive:

– debutul rapid al simptomelor cu lentoare psihomotorie netă şi o dispoziţie congruentă cu manifestările psihotice;
– antecedente familiale;
– virajul afectiv indus de tratamentul antidepresiv.

Deşi rare aceste cazuri trebuie să ne reţină atenţia, pe de o parte pentru a nu le confunda cu tulburările psihotice şi pe de altă parte în scopul efectuării unui tratament eficient cu litiu.

Totuşi toţi autorii sunt de acord asupra frecvenţei şi cvasi-permanenţei „comorbidităţii“ mai ales în tulburările de conduită. În plus, aproape toate publicaţiile includ în studiile lor cazuri de adolescenţi cu vârstă mică (11-13 ani), deci de indivizi deja intraţi în procesul pubertar fiziologic. Pentru toţi autorii este evident că diagnosticul de boală bipolară devine mai uşor la adolescenţă.

Într-o recentă revizuire, Carlson G. (1995) se întreabă asupra „maniei prepuberale“. Notează că la copilul prepuber tulburările de dispoziţie sunt totdeauna asociate cu tulburări de conduită şi că acestea din urmă iau foarte rar forma acceselor acute episodice; ele sunt în general durabile.

În realitate, aceste constatări pur fenomenologice aduc în impas analiza „simptomelor“ în dezvoltarea psihopatologică, mai ales simptome ca agitaţia, opoziţionismul, criza de furie sau iritabilitatea. Aceste conduite traduc în general o tulburare şi reprezintă cel mai frecvent un răspuns la o interacţiune a cărei caracteristică dintre cele mai frecvente este ignorarea sau negarea tulburării, a suferinţei copilului. Una dintre grupările simptomatice cele mai caracteristice ale maniei la adult, accelerarea fluxului gândirii, logoreea, jocurile de cuvinte, contrazicerile, fuga de idei, nu sunt decât excepţional descrise la copilul prepuber. Autorul acestor rânduri nu are experienţa clinică personală a unui asemenea caz şi nu a găsit decât excepţional în literatură o descriere care să se poată apropia de aşa ceva. Situaţia actuală unde se acumulează cazuri clinice de copii cu „tulburări distimice şi tulburări de conduită asociate“ pentru a aduce dovada existenţei unei tulburări bipolare cu continuitate de la copil la adult apare mai mult ca miză teoretică şi dogmatică decât ca o realitate clinică.

Se poate încheia acest scurt paragraf constatând că o tulburare maniaco-depresivă în forma sa monopolară şi cu atât mai mult în forma bipolară tipică poate fi recunoscută şi descrisă la copii cu vârste de 6-7 ani. Totuşi aceste forme sunt foarte rare; diagnosticul, întotdeauna dificil, impune criterii riguroase printre care antecedentele familiale indiscutabile, o urmărire longitudinală a evoluţiei şi momente clare şi bruşte de schimbare a dispoziţiei sunt elementele cele mai importante. Expresiile „psihoze afective“ sau „distimice“, cu criterii de diagnostic mai puţin riguroase, au în mod sigur interesul de a atrage atenţia clinicianului asupra semiologiei cu predominanţă timică a anumitor psihoze infantile precoce dar lărgind probabil cadrul nosografic dincolo de tulburarea maniaco-depresivă.

Evoluția pe termen lung a acestor „psihoze distimice“ pare de altfel să se facă într-un mod diferit, acela al unei patologii caracteriale sau de conduită (psihopatii).

Cercetările organice, biochimice, neuroendocrinologice, electroencefalografice, genetice s-au înmulțit în ultimii ani, reluând în mare parte ipotezele formulate și studiile făcute în cadrul depresiei adultului.

Aceste cercetări aduc la copil rezultate care nu sunt întotdeauna concordante cu ceea ce se observă la adult. Aceeași constatare este în mod egal valabilă pentru adolescență.

Astfel Puig-Antich (1986) găsește la copil aceleași modificări ca la adult în ceea ce privește concentrația plasmatică a cortizolului la testul de supresie cu dexametazonă. Analog, răspunsul secreției hormonilor de creștere (HG) la hipoglicemia indusă prin insulină pare atenuat la copilul deprimat (Jensen J. B. și colab., 1989). În schimb, M. R. Garcia, J. Puig-Antich și colab (1991) nu găsesc deosebiri în răspunsul TSH-ului la stimularea cu TRH între un grup de copii prepuberi cu depresie majoră și un grup martor.

Înregistrările electroencefalografice fac obiectul a numeroase studii, ca și la adult. Rezultate la copil sunt foarte adesea diferite și/sau contradictorii față de cele observate la adult. Astfel G. Enslie și colab. (1990) constată pe EEG-urile nocturne ale copiilor spitalizați cu episoade depresive majore (DSM-III-R) modificări asemănătoare dar nu identice cu cele observate la adultul deprimat. Apare în special o diminuare a latenței somnului paradoxal la copiii deprimați în raport cu martorii. Totuși, față de grupa martor, aceste modificări par mai puțin semnificative decât cele care se observă la adult.

Pentru a concluziona, părerea noastră este că în acest domeniu cercetările sunt încă la început. Rezultatele sunt fragmentare și nu permit elaborarea unui model organic care să aducă o teorie coerentă și explicativă a depresiei la copil.

În aceste lucrări, descrierile clinice se rezumă în general la a enunța criteriile DSM-III-R. Cel mai adesea copiii sunt spitalizați și nu se face nici o mențiune, nici legată de familie, nici în ceea ce privește locul acestui episod depresiv în contextul vieții copilului. Aceste remarci îl lasă oarecum perplex pe autorul acestor rânduri asupra „interpretării“ posibile a rezultatelor observate.

6. — ABORDARE TERAPEUTICĂ

Vom fi extrem de succinți, neprezentând aici decât axele esențiale de tratament.

Prevenirea pare în mod evident o abordare esențială: prevenirea la nivelul relației mamă–copil evitând rupturile prin activitatea de consiliere, prevenția socială prin echiparea cu personal, formarea și sensibilizarea corectă a acestuia

în creșe, servicii de pediatrie, instituții, prevenția instituțională arătând rolul nefast al rupturilor prin plasamentele de îngrijire atunci când acestea nu sunt indispensabile sau inevitabile etc.

În fața copilului depresiv, abordarea terapeutică poate să se refere la copil sau la mediul său, dar este sensibil diferită, pe de o parte, în funcție de confruntarea cu un episod depresiv de alură reactivă sau cu o boală depresivă și, pe de altă parte, în funcție de capacitatea părinților de a accepta ideea depresiei copilului lor.

Recunoașterea depresiei și identificarea empatică cu suferința copilului. — Când este vorba de un episod depresiv și cu atât mai mult de acela care pare reactiv (la doliu, la mutare, altă pierdere...) simpla recunoaștere a acestei depresii poate să aibă o valoare terapeutică: medicul enunță „depresia“ și suferința posibilă a copilului, părinții sunt sensibili la aceasta și găsesc adesea ei înșiși răspunsuri sub forma unei atenții mai bune, unei înțelegeri a dificultăților comportamentale sau școlare tranzitorii etc. Valoarea terapeutică a acestei înțelegeri este, de fapt, cu atât mai mult cu cât părinții nu se simt acuzați, recunoscută atât de consultant cât și de propriul lor copil. În aceste cazuri enunțarea diagnosticului, câteva consultații terapeutice, câteva reamenajări relaționale fac ca simptomele să evolueze rapid și apoi să dispară.

Boala depresivă și refuzul suferinței depresive. — Atitudinea terapeutică trebuie să fie diferită când copilul prezintă o „boală depresivă“ așa cum a fost ea descrisă anterior, mai ales dacă simptomele de luptă și de refuz al depresiei (instabilitate, furie, agresivitate, conduite deviante subiacente...) sunt pe primul plan și mai mult atunci când dinamica relațiilor familiale este dominată de diferite forme de refuz: negare a suferinței copilului, a nevoilor sale, a conflictualității evidente subiacente. În aceste condiții nu trebuie să ne așteptăm la schimbări pozitive prin simplul fapt al enunțării diagnosticului. Uneori chiar acesta poate determina o reacție parentală de desemnare patologică a copilului. În cazurile în care depresia amenință organizarea psihodinamică a copilului, este necesară recurgerea la abordări psihoterapeutice și/sau de mediu.

6.1. — TERAPII RELAȚIONALE

Instituirea unei psihoterapii este, bineînțeles, fundamentală în măsura în care copilul însuși, și mai ales anturajul său familial, o acceptă și par capabili de o stabilitate suficientă pentru a duce tratamentul până la sfârșit. Tehnica terapeutică însăși este în funcție de vârsta copilului, de terapeut, de condițiile locale; terapie analitică, psihodramă, psihoterapie de inspirație analitică sau de susținere. Ajutorul

adus părinților este cu atât mai important cu cât copilul este mai mic. Terapia de cuplu mamă–copil este în special dinamică la cei mici (2-6 ani) ca și la mama însăși (reparație narcisică).

6.2. — INTERVENȚII ASUPRA MEDIULUI

Acestea sunt de natură foarte diversă deoarece depind în fiecare caz în parte de importanța relativă a factorilor de mediu și a factorilor interni: carență masivă, deces parental, simplă plecare tranzitorie, angoasă de abandon mai mult fantasmatică decât reală etc.

Aceste intervenții au ca scop fie restaurarea unei legături mai satisfăcătoare mamă–copil (consiliere parentală, spitalizarea cuplurilor mamă–copil pentru perioade scurte), fie instaurarea unei noi legături în lipsa posibilității intervenției asupra situației de plasament precedente: plasament familial specializat pentru copiii mici, internat pentru cei mai mari etc. Între cele două se situează internările cu timp parțial (spital de zi, Externat Medico-Pedagogic) atunci când gravitatea tulburărilor de comportament sau masivitatea depresiei interzic menținerea în sistemul pedagogic obișnuit.

6.3. — TRATAMENT MEDICAMENTOS

Antidepresivele. — Puține studii care să răspundă criteriilor metodologice actuale au fost realizate la copil. Primele studii dublu orb randomizate și controlate comparativ cu placebo nu au adus dovada unei eficacități demonstrate a antidepresivelor la copilul deprimat (evaluate cu ajutorul scalelor: K-SADS, DICA...). Substanțele cele mai frecvent utilizate au fost amitriptilina (Kashani, 1984), imipramina (Puig-Antich, 1987, Preskron, 1987), nortriptilina (Geller, 1989). Aceste studii s-au făcut pe eșantioane mici, pe o durată limitată (6 până la 8 săptămâni). În plus numeroase studii au inclus copii **și** adolescenți: nu este totdeauna ușor de diferențiat aceste două populații și instrumentele de evaluare utilizate nu au fost întotdeauna validate. Inhibitorii recaptării serotoninei încep să fie studiați la copil. Astfel un studiu recent al lui Emslie și colab. (1997) compară efectul fluoxetinei versus placebo la 96 de subiecți în vârstă de 7 până la 17 ani (48 de copii de până la 12 ani și 48 de adolescenți de mai mult de 13 ani, 48 subiecți controlați placebo versus 48 subiecți pe fluoxetină). Acest studiu concluzionează că efectul fluoxetinei este superior celui placebo în episodul major, dar constată că totuși remisiunea completă a simptomelor este rară.

În Franța doar amitriptilina și clomipramina au obținut autorizația AMM de punere pe piață pentru copiii mai mici de 15 ani (pentru „enurezis" mai mult decât pentru „depresia copilului"). Aceste substanțe impun o supraveghere strânsă (mai ales cardio-vasculară) din cauza efectelor lor secundare. Posologia este de 1 până la 3-4 mg/kg/zi pentru clomipramină.

Pentru inhibitorii recaptării serotoninei nu există încă „reguli de prescriere" și studiile recomandă: 1) utilizarea dozelor celor mai mici posibile; 2) posologii cotidiene cuprinse între 5 și 20 mg/zi la care să se ajungă progresiv; 3) menținerea tratamentului timp de 9 până la 12 luni (Mouren-Simeoni, 1997). Totuși aceste recomandări par să se refere atât la adolescent cât și la copil iar situația specifică a acestuia din urmă nu este precizată.

În concluzie regula actuală tinde să rezerve prescrierea antidepresivelor la copil pentru formele clinice grave rezistente la tratamentele psihoterapeutice și relaționale și la amenajările vieții. Totuși recurgerea la aceste tratamente nu trebuie să fie neglijată în aceste forme grave, utilizând o posologie cu doze corecte și controlate.

Timoreglatoarele. — Carbonatul de litiu (litemie de 0,6 până la 1,2 mEq/l cu control săptămânal apoi lunar) a adus unele ameliorări în psihozele maniaco-depresive la adolescență (Dugas). În copilărie, rezultatele sunt mediocre sau inconstante, mai ales în stările de instabilitate psihomotorie. Efectele secundare nedorite par frecvente (Hagino și colab., 1995).

Celelalte timoreglatoare (Valproatul, Carbamazepina) au fost punctual utilizate dar aici, mai mult decât pentru ansamblul timoreglatoarelor, studiile controlate, urmăririle prelungite sunt serios deficitare (Kafantaris V., 1995).

BIBLIOGRAFIE

ACHENBACH T.M., VERHULST F.C., BARON G.D., ALTHAUS M.: A comparison of syndromes derivated from the child behavior checklist for American and Dutch boys aged 6-11 and 12-16. *J. Child Psychol. Psychiatry,* 1987, 28, 437-457.

ANGOLD A.: Childhood and adolescent depression. I. Epidemiological and aetiological aspects. *British Journal Psychiatry,* 1988, 152, 601-617.

ANGOLD A.: Childhood and adolescent depression. II. Research in clinical populations. *British Journal Psychiatry,* 1988, 153, 76-492.

ANGOLD A., COSTELLO E.: Depressive comorbidity in children and adolescents: Empirical theoretical and methodological issues. *Am. J. Psychiatry,* 1993, 150, 12, 1779-1791.

Carlson G.A.: Identifying prepubertal mania. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1995, 34, 6, 750-753.

Chess S., Thomas A., Hassibi M.: Depression in childhood and adolescence: A prospective study of six cases. *J. Nerv. Ment. Dis.,* 1983, 171, 411-420.

Conference de consensus: *Les troubles dépressifs chez l'enfant,* Frison-Roche ed., Paris, 1997, 1 vol.

Dugas M., Mouren-Simeont M.C.: *Les troubles de l'humeur chez l'enfant de moins de 13 ans.* PUF, Paris, 1980.

Emslie G.J., Rush A.J., Weinberg W.A., Kowatch R.A., Hughes C.W., Carmody T., Rintelmann J.: A double-blind, randomized, placebo-controlled. Trial of fluoxetine in children and adolescents with depression. *Arch. Gen. Psychiatry,* 1997, 54, 1031-1037.

Ferro T., Carlson G., Grayson P., Klein D.N.: Depressive disorders: distinctions in children. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1994, 33, 5, 664-670.

Fleming J.E., Offord D.R., Boile M.H.: The Ontario child health study: prevalence of childhood and adolescent depression in the community– *British Journal of Psychiatry,* 1989, 155, 647-654.

Fleming J.E., Offord D.R.: Epidemiologiy of childhood depressive disorders. A critical review. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1990, 29, 4, 571-580.

Fleming J.E., Boile M.H., Offord D.R.: The outcome of adolescent depression in the Ontario Child Health Study follow-up. *J. Am. Acad. of Child and Adolesc. Psychiatry,* 1993, 32, 1, 28-33.

Fombonne E.: The Chartres study: I. Prevalence of psychiatric disorders among French school-age children. *British Journal of Psychiatry,* 1994, 164, 69-79.

Geller B., Cooper T., Mccombs H. et coll.: Double-blind placebo controlled study of nortriptyline in depressed children using a „fixed plasma level" design. *Psychopharmacol. Bull,* 1989, 25, 101-108.

Guillaud-Bataille J.M., Cialdella P.H.: Epidémiologie des troubles dépressifs chez l'enfant et adolescent. Revue de la literature. *Neuropsy. de l'Enf. et de l'Adol.,* 1993, 41, 4-4, 175-184.

Hagino O., Weller E., Weller R., Washing D., Fristad M., Contras S.: Untoward effects of lithium treatement in children aged four through six years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1995, 34, 12, 1584-1590.

Harrington R., Bredenkamp D., Groothues C., Rutter M., Fudge H., Pickles A.: Adult outcomes of childhood and adolescent depression. III Links with suicidal behaviours. *J. Child Psychol. Psychiat.,* 1994, 35, 7, 1309-1319.

Kafantaris V.: Treatment of bipolar disorder in children and adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1995, 34, 6, 732-741.

Kashani J., Shekim W., Reid J.: Amitryptiline in children with major depressive disorder: a double-blind cross-over pilot study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1984, 23, 438-351.

Kaufman J.: Depressive disorders in maltraited children. *J. Am. Child Adolesc. Psychiatry,* 1991, 30, 2, 257-265.

Kolvin I., Barrett M.L., Bhate S.R., Berney T.P., Famuyiawa O.O., Fundusis T., Tyrer S.: The Newcastle child depression project. Diagnosis and classification of depression. *British Journal of Psychiatry,* 1991, 159, 9-21.

Kovacs M., Goldston D., Gatsons C.: Suicidal behaviors and childhood-onset depressive disorders: a longitudinal investigation. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1993, 32, 1, 8-20.

Kovacs M., Akiskal H.S., Gatsonis C., Parrone P.L.: Childhood-onset Dysthymic Disorder: clinical features and prospective naturalistic outcome. *Arch. Gen. Psychiatry,* 1994, 51, 365-374.

Kovacs M., Pollock M.: Bipolar disorder and comorbid conduct disorder in childhood and adolescence. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1995, 34, 6, 715-723.

Laurent A., Bosson J.L., Bost M., Boucharlat J.: Tentatives de suicide d'enfants et d'adolescents: à propos de 102 observations dans un service de pedopsychiatrie. *Neuropsy. de l'Enf. et de l'Adol.,* 1993, 41, 3-4, 198-205.

Marcelli D.: Dépression chez l'enfant, *EMC* (Elservier, Paris) Psychiatrie, 1998, 37-201-A20, 7 p.

Marcelli D.: La depression chez l'enfant. *In: Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.* S. Lebovici, M. Soulé, R. Diatkine, chap. 81, vol. 2, 1437-1461. PUF, Paris, 1995.

Marcelli D.: *Les états dépressifs à l'adolescence.* Masson, Paris, 1995.

Mouren-Simeoni M.C., Bouvard M.P.: Traitement antidépresseur, thymorégulateur et depression de l'enfant et de l'adolescent. *In: Les dépressions chez l'enfant et l'adolescent.* Faits et questions de Mouren-Siméoni M.C., Klein R.G., Paris, ESP ed., 1997, 1 vol., 295-316.

Papazian B., Manzano J., Palacio F.: Les syndromes dépressifs chez l'enfant: fonction de la source d'informations et du mode d'investigation. *Neuropsy. de l'Enf. et de l'Adol.,* 1992, 40, 1, 1-12.

Preskorn S.H., Weller E., Hugues C. et coll.: Depression in prepubertal children: dexamethasone non suppression predicts differential response to imipramine vs placebo. *Psychopharmacol. Bull.,* 1987, 23, 128-133.

Puig-Antich J., Perel J., Lupatkin W. et coll.: Imipramine in prepubertal major depressive disorders. *Arch. Gen. Psychiatry,* 1987, 44, 81-89.

Rao U., Weissman M.M., Martin J.A., Hammond R.W.: Childhood depression and risk of suicide: a preliminary report of a longitudinal study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1993, 32, 1, 21-27.

SPIRITO A., BROWN L., OVERHOLSER J., FRITZ G.: Attempted suicide in adolescence: a review and critique of the literature. *Clinical Psychology Review,* 1989, 9, 335-363.

TOMASSON K., KUPERMAN S.: Bipolar disorder in a prepubescent child. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1990, 29, 2, 308-310.

WEINBERG W.A., RUTMAN J., SULLIVAN L.: Depression in children reffered to an educational diagnostic center: diagnosis and treatement. *Behavioral Pediatrics.* 1973, 83, 1065-1072.

WELLER E.B., WELLER R.A., FISTAD M.A.: Bipolar disorder in children: misdiagnosis, underdiagnosis and future directions. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1995, 34, 6, 709-714.

WIDLOCHER D.: *Les logiques de la dépression.* 1 Vol. Fayard, Paris, 1993.

WOZNIAK J., BIEDERMAN J., KATHLEEN K., STUART ABLON J., FARAONE S., MUNDY E., MENNIN D.: Mania-like symptoms suggestive of childhood-onset bipolar disorder in clinically referred children. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1995, 34, 7, 867-876.

19 TULBURĂRI PSIHOSOMATICE

Vorbind despre psihosomatică la copil ne plasăm între două dificultăţi: pe de o parte, aceea de a extinde excesiv denumirea de psihosomatică şi de a îngloba tulburările cele mai diverse încă de la început în cadrul unei boli cu factor psihologic, cauzal sau reactiv, chiar decelat (această poziţie riscă prin extensia sa să golească de orice conţinut însăşi noţiunea de psihosomatică); pe de altă parte, există riscul de a face generalizări premature plecând de la studiile psihosomatice de la adult, uitând caracterul specific al manifestărilor somatice ale copilului, mai ales legăturile lor constante cu procesele de maturizare şi cu procesele de dezvoltare.

De asemenea considerăm util să delimităm mai întâi ceea ce înţelegem noi prin „psihosomatică" excluzând din câmpul ei, conform cu Kreisler şi colab.:

– reacţiile psihologice secundare bolilor somatice: răsunetul unei hemofilii, al unei cardiopatii sau al unei malformaţii congenitale;

– agravările bolilor somatice din cauza unor dificultăţi psihologice: de exemplu comele diabetice repetate la adolescentul care refuză insulino-dependenţa;

– manifestările somatice legate de un mecanism mental de conversie, deşi separarea dintre cefaleea de conversie isterică şi o cefalee simptom psihosomatic este departe de a fi uşoară;

– în sfârşit, multiplele acuze somatice ale copiilor care se exprimă cu atât mai uşor printr-o plângere somatică cu cât anturajul este mai dispus să îi audă: oboseala, durerile diverse sunt frecvent astfel de exemple.

Al doilea punct se referă la următoarea problemă: simptomatologia psihosomatică a copilului prezintă particularităţi în raport cu cea a adultului? Trebuie mai întâi să subliniem că la naştere nu există nimic mai „psihosomatic" decât un sugar: corpul ocupă un loc privilegiat în vastul câmp de interacţiuni cu anturajul, diversele funcţii fiziologice (alimentaţie, eliminare sfincteriană, tonus static şi dinamic...) servesc ca bază pentru comunicarea cu anturajul al cărui rol este de altfel să „mentalizeze" acest comportament în special datorită capacităţii de iluzionare anticipatorie a mamei. Anumiţi analişti au considerat că simptomele psihosomatice ale adultului ar fi traducerea unei perturbări a organizării

fantasmatice, gândirea funcţionând într-un mod operator, fără să fi fost instaurat un dialog cu imagini fantasmatice interiorizate. La copil şi cu atât mai mult cu cât acesta este mai mic, dialogul se stabileşte mai întâi nu cu imagini, ci cu persoanele reale din mediu: simptomul psihosomatic capătă un loc privilegiat în sistemul de interacţiune mamă–copil şi trebuie luat în considerare din această perspectivă. Problema care se pune atunci este de a şti dacă simpomatologia psihosomatică pe care o prezintă un copil sau un sugar se poate continua la vârsta adultă.

Studiile catamenestice sunt încă puţin numeroase şi se întind pe perioade de timp prea scurte pentru a răspunde cu rigurozitate acestei întrebări. Totuşi se pare că există tulburări psihosomatice grave în mica copilărie care creează condiţiile organizării lor ulterioare diferenţiate, cum ar fi psihoza sau mai ales psihopatia.

Există deci importante diferenţe faţă de adult, factorul de evolutivitate conducându-ne la o altă caracteristică proprie simptomelor psihosomatice la copil: raporturile lor strânse cu stadiile maturative succesive pe care le parcurge copilul. Numeroase manifestări psihosomatice tind să apară la vârste specifice arătând astfel că în mare măsură tulburările trebuie să fie puse în strânsă legătură cu maturizarea funcţionării organelor şi cu caracteristicile dezvoltării psihologice. Se poate astfel trasa schematic un fel de „calendar" al manifestărilor psihosomatice în funcţie de vârstă:

- colica idiopatică între 3 şi 6 luni;
- vărsăturile primului semestru;
- anorexia din al doilea semestru;
- eczema infantilă între 8 şi 24 de luni;
- durerile abdominale spre 3-4 ani;
- astmul copilului mic de 5 ani;
- cefaleea copilului de 6-7 ani.

La această relativă specificitate în funcţie de vârstă, unii autori au vrut să asocieze o specificitate a relaţiei mamă–copil. De la o evaluare caracteriologică globală a mamei (intruzivă şi hiperprotectoare, sau rejectantă şi agresivă, sau anxioasă) s-a trecut apoi la un model de interacţiune caracteristică unei patologii precise. Spitz grupează astfel tulburările psihosomatice după două mari tipuri de atitudini materne: tulburările psihotoxice care corespund relaţiilor mamă–copil inadecvate şi tulburările prin deficienţă care corespund relaţiilor mamă–copil insuficiente cantitativ (v. tabelul VI), fiecare din aceste tulburări fiind caracteristice unei atitudini materne (Spitz: De la naştere la cuvânt, p. 158).

TABELUL VI. — *Clasificarea etiologică a bolilor psihogene ale copilăriei corespunzătoare unor atitudini materne.*

	Factori etiologici furnizaţi de atitudini materne	*Boala copilului*
Psihotoxic (factor calitativ)	Respingere primară manifestă	Coma nou-născutului (Ribble)
	Indulgenţă primară excesivă şi anxioasă	Colica de la trei luni
	Ostilitate deghizată în anxietate	Eczema infantilă
	Oscilaţii între alintări şi ostilitate	Hipermotilitate (legănat)
	Salturi ciclice catatimice ale dispoziţiei	Jocuri fecale
	Ostilitate conştient compensată	Hipertimic agresivă (Bowlby)
Deficienţă (factor cantitativ)	Privare afectivă parţială	Depresie anaclitică
	Privare afectivă completă	Marasm

Mergând mai departe în spirala interacţiunilor mamă–copil, este important de evaluat nu numai efectul atitudinii materne asupra copilului, ci şi modificarea acestei atitudini faţă de simptomele copilului. De fapt, mama este deosebit de sensibilă la manifestările psihosomatice ale copilului ei care îi vor induce şi ei noi atitudini. Astfel agresivitatea din relaţia mamă–copil este adesea total anulată de îndată ce apar simptomele psihosomatice (agresivitate deplasată atunci pe relaţia mamă–medic), mama luând rolul de mamă–terapeut în sensul înţeles de Winnicott, copilul având ca beneficiu faptul de a „primi îngrijiri" de la aceasta. Raportul de îngrijire care instalează frecvent între mamă şi copil patologia psihosomatică ni se pare fundamental.

În ceea ce priveşte eventualitatea unei constituţii psihosomatice la copil comparabilă cu aceea descrisă la adult (Alexander, Schur, Michel de M'Uzan şi Fain) se pare că nu se regăsesc la copil trăsături asemănătoare, iar evoluţia pe termen lung a patologiei psihosomatice a copilului, aşa după cum am mai spus, se face în direcţii foarte variabile.

În ceea ce priveşte alegerea organului, în afară de importanţa procesului maturativ deja larg subliniat, vom reaminti teoria fragilităţii de organ (meiopragie de organ servind ca punct de ancorare a tulburărilor).

În plan practic, în faţa unui copil care prezintă o simptomatologie foarte evocatoare a unei probleme psihosomatice, demersul de investigaţie este dublu:

– pe de o parte, încercarea de a pune în evidenţă „legătura psihosomatică" nu numai prin studiul unei corelaţii între un simptom şi un eveniment exterior

(vărsăturile la plecarea mamei, cefaleea în fața compunerii la limba franceză), dar de asemenea în lumina etapelor specifice de dezvoltare pe care le-am citat;

– pe de altă parte, încercarea de a înțelege sensul pe care îl capătă simptomul psihosomatic în spirala interacțiunii mamă–copil și rolul economic pe care îl ocupă.

În acest capitol vom înfățișa succesiv:

- bolile din sfera digestivă:
  - colica idiopatică,
  - vărsăturile,
  - mericismul,
  - recto-colita hemoragică;
- bolile tractului respirator:
  - astmul,
  - spasmul hohotului de plâns;
- patologia sferei cutanate:
  - eczema,
  - pelada;
- cefaleea, migrena;
- nanismul carențial.

1. — BOLILE SFEREI DIGESTIVE

1.1. — COLICA SUGARULUI

Colica sugarului se caracterizează prin apariția după un interval liber de 8-10 zile a plânsului și a crizelor paroxistice dificil de consolat, care se produc adesea după masă în momentul în care copilul ațipește. Examenul somatic este normal în afară de frecvente balonări intestinale și de emisie frecventă de gaze (semne funcționale). Crizele încetează atunci când mama îi dă încă un biberon dar reîncep imediat după aceea. Suzeta și mai mult legănatul permit adesea liniștirea înainte ca bebelușul să adoarmă în brațele adultului.

Este vorba mai frecvent de primul copil, cu greutate mică, tonic și mai ales cu tendința de a bea sau a suge lacom (Stagnara și colab., 1997). Ei primesc mai frecvent decât alții medicamente.

Prevalența este estimată între 10 și 40% în funcție de autori (22% în studiul epidemiologic al lui Stagnara, 1997).

Mamele au fost în primele descrieri remarcate ca deosebit de anxioase, trăsătură

confirmată în lucrările recente. De altfel este obișnuit faptul de a se atenua colicile sau chiar să dispară când bebelușul este luat de o treia persoană (alt membru al familiei: tată, bunică, doică...). Aceste mame sunt anxioase și țin să dea dovadă de o excesivă solicitudine față de bebelușul lor și de o mare nerăbdare de a-l calma. De fapt plânsul este trăit fie ca o dovadă a incompetenței mamei, fie ca o respingere din partea bebelușului și un refuz de recunoaștere a posibilelor calități liniștitoare ale mamei. Această interacțiune dominată de anxietate conduce la nerespectarea ritmurilor proprii copilului.

Spitz consideră întâlnirea dintre această „solicitudine primară excesivă și anxioasă“ a mamei și hipertonia copilului, factorul declanșator: copilul manifestă mai ușor decât alții o anume neplăcere și răspunsul anxios al mamei (cel mai adesea printr-un biberon suplimentar) nu face decât să crească această neplăcere (supraîncărcare gastrică). Suzeta (posibilitatea unei investiri autoerotice a suptului: suzeta-împăciuitoare descrisă de autorii anglo-saxoni) sau legănatul (regresie la completitudinea narcisismului primar) reprezintă două modalități fizice de calmare a tensiunilor care permit scăderea excitației difuze declanșate de luarea biberonului, pentru că un sistem mai mentalizat cum ar fi îndeplinirea halucinatorie a dorinței nu s-a putut pune în act din cauza anxietății materne (Fain și col.).

Colica încetează o dată cu „învățarea“ și adaptarea progresivă a mamei la copilul ei și de asemenea pentru că, o dată cu creșterea vârstei, copilul descoperă noi căi de descărcare a tensiunilor: gestualitate intențională, suptul degetului etc.

1.2. — VĂRSĂTURILE

Vărsăturile sugarului și copilului mic

Simptom deosebit de frecvent, mai ales la sugar, există într-un continuum de la simpla regurgitație banală și fiziologică până la veritabilele vărsături. Teoretic vărsăturile constau în lapte care a suferit deja procesul de digestie (miros acru), spre deosebire de ceea ce se vede în regurgitație. Distincția nu este totuși întotdeauna ușoară, cu atât mai mult cu cât fiziologia cardiei (joncțiunea esofag-stomac) sugarului face ca vărsăturile să se producă cu ușurință.

În afară de toate anomaliile fiziologice (malpoziție cardiotuberozitară) sau de episoade patologice (infecții, deshidratare...), unii sugari vomită cu o surprinzătoare ușurință.

Adesea este vorba de sugari anorectici (v. cap. 7, 2.1.) la care interacțiunea alimentară între mamă și copil se angajează precoce pe o cale conflictuală. Vărsăturile alternează cu episoade anorectice, pot să se asocieze cu comportamente alimentare specifice: refuzul bucăților solide care declanșează imediat vărsătura,

gust electiv sau din contră atitudine bulimică. Survin uneori fără un efort aparent, altfel apar secundare eforturilor de contracție a mușchilor abdominali. Doar excepționale sunt conduitele cvasi-perverse atunci când sugarul încearcă să vomite băgându-și degetele în gură, ajungând să declanșeze un reflex de greață.

Distincția dintre acești sugari care vomită la care dimensiunea psihopatologică pare să fie pe primul plan și cei pentru care este vorba despre o simplă tulburare funcțională (discretă incontinență cardială) nu este ușoară.

Vărsăturile copilului mare

Cu vârsta, o dată cu diversificarea alimentației, cu achiziția autonomiei alimentare, vărsăturile se estompează progresiv în cursul celui de-al doilea an. Totuși, la anumiți copii ușurința de a vomita persistă și poate să survină în contexte foarte variate, mai ales imediat ce apare o controversă sau un sentiment de anxietate sau de angoasă: vărsăturile matinale înainte de școală sunt exemplul tipic. În această privință semnalăm că se regăsesc destul de frecvent în antecedentele acestor copii vărsături precoce, ca și cum ar fi fost marcată prin acest simptom existența unei căi privilegiate de descărcare tensională. Dintre ei, unii vor dezvolta ulterior o fobie școlară.

1.3. — MERICISMUL

Mericismul survine în cursul celui de-al doilea trimestru. Se caracterizează prin regurgitație provocată fie prin eforturi manifeste, fie printr-o ușurință exagerată de a readuce mâncarea în gură. Această vărsătură provocată conduce la ruminație: copilul păstrează în totalitate sau parțial alimentele în gură, le molfăie înainte de le reînghiți. Uneori o mare parte din mâncare este expulzată, doar o înghițitură este păstrată în gură. În aceste cazuri poate să apară denutriția chiar și deshidratarea.

Această manifestare nu are loc decât atunci când copilul este singur. În cursul acestei ruminații, toată activitatea lui pare suspendată: imobil, aton, cu privire goală, detașată de lumea exterioară. Uneori alte manifestări alternează cu mericismul: balansarea capului, sugerea degetelor, tricotilomanie. Aceste comportamente încetează atunci când copilul simte prezența unui adult. Apetitul este conservat până la exagerat.

Toți autorii admit că această activitate este secundară unui sindrom de carență maternă: mamele sunt distante, reci, puțin preocupate de copil. Adesea îl cresc pe bebeluș într-un fel ritualizat și obsesional. Unii autori au interpretat frecventele

lor temeri de îmbolnăvirea sau moartea copilului ca o dovadă a agresivității inconștiente dirijate împotriva acestuia. Stabilirea unei relații calde înlătură de altfel comportamentul mericist al sugarului: acesta se arată adesea avid de contact afectiv fără nici o reticență. În acest sens, a putut fi preconizată stabilirea unei separări cu un maternaj adecvat.

Înțelegerea psihopatologică a mericismului trebuie să țină cont de vârsta de elecție la care survine, între 6-10 luni: se poate stabili o analogie cu jocul bobinei descris de Freud (Fain și col.): sugarul încearcă să stăpânească carența maternă printr-o satisfacție autoerotică, manifestându-și în același timp refuzul oricărei dependențe. Această autosuficiență este însoțită de o erotizare secundară a disfuncției musculare (Soulé): inversarea direcției de funcționare a musculaturii netede esofagiene permite sugarului să evite poziția pasivă.

Aspectul foarte elaborat al mericismului pune problema unei precocități și unei maturități excesive puse în serviciul unui comportament cvasi-autist cu toate perturbările ulterioare posibile în stabilirea relațiilor de obiect satisfăcătoare.

Evoluția pe termen scurt este favorabilă, dispariția simptomelor fiind explicată, ca și în cazul colicii idiopatice, prin investirea noilor zone de descărcare datorită maturizării neurofiziologice. Prognosticul pe termen lung rămâne imprecis.

1.4. — RECTOCOLITA ULCERO-HEMORAGICĂ

Locul rectocolitei ulcero-hemoragice în cadrul bolilor psihosomatice ale copilului depinde în mare parte de originea geografică a autorilor. Foarte puțin studiată din acest punct de vedere în Franța, unde această boală rămâne domeniul strict al pediatrilor somaticieni, chiar dacă se subliniază frecvenți determinanți psihologici (separare parentală, nașterea unui frate mai mic, intrarea la școală, începutul pubertății...), rectocolita a fost obiectul a numeroase studii ale psihiatrilor sau psihanaliștilor americani (Prugh, M. Sperling). Se pare de altfel că la copil ar fi mai frecventă în Statele Unite decât în Franța.

Rectocolita ulcero-hemoragică survine mai frecvent la copiii de vârstă școlară, spre 7-8 ani sau la debutul pubertății (11-13 ani). Anumiți autori notează existența frecventă a antecedentelor de anorexie și concomitența diverselor semne nevrotice: fobie, ritualuri obsesionale printre altele (Sichel și Fasla). Episodul de diaree sanguinolentă survine uneori în momentul unei separări reale sau fantasmatice de mamă.

În plan psihopatologic, acești copii sunt adesea descriși ca șterși, submisivi, ascultători. A fost descrisă apariția unui episod psihotic asociat cu puseul ulceros. Mama prezintă trăsături depresive, dar se dovedește în realitate autoritară, agresivă, dominatoare și hiperprotectoare. Relația mamă–copil trece, de la o

tonalitate agresivă şi rejectantă, la o relaţie de îngrijire intruzivă şi manipulatorie, atunci când apar simptomele, oferind copilului beneficiile unei poziţii regresive (M. Sperling).

După autorii anglo-saxoni, tratamentul psihoterapeutic este eficient, atât asupra trăsăturilor de caracter, cât şi asupra evoluţiei însăşi a puseelor de rectocolită. În Franţa poziţia somaticienilor este în retragere şi superioritatea tratamentului chirurgical se mai pune prea puţin în discuţie. Discordanţa între cele două tipuri de atitudini ar trebui să suscite o reflecţie şi studii aprofundate deoarece se pare că abordarea psihoterapeutică poate fi la originea remisiunilor şi stabilizărilor.

2. — ASTMUL COPILULUI

Componenta psihică a astmului la copil a fost recunoscută deja de mult timp şi a fost chiar într-o perioadă considerată factor esenţial. Lucrările moderne au arătat importanţa mecanismelor alergice şi infecţioase de la originea mecanismului de contracţie a musculaturii bronhiolare, fără a putea însă să-l considere unicul factor declanşator al crizei. De fapt, dacă este corect stabilit în prezent, contactul respirator cu alergenul este susceptibil de a provoca descărcarea de histamină responsabilă de bronhoconstricţie, deci de bradipnee cu tiraj inspirator tipic crizei de astm, dar este de asemenea stabilit că la acelaşi subiect criza poate surveni în absenţa alergenului. Invers, cu toată prezenţa alergenului, criza poate să nu se declanşeze la pacienţi care au urmat o psihoterapie. Această absenţă a crizei de astm în prezenţa alergenului se asociază paradoxal cu o persistenţă a hipersensibilităţii specifice la testele *in vivo* sau *in vitro*.

Nu se poate deci considera procesul de declanşare a crizei de astm ca fiind univoc: numeroşi factori par susceptibili să acţioneze; în schimb, odată procesul declanşat, asistăm la un fel de „cale finală comună", reacţia fiind identică indiferent de etiologie (ereditară, alergică, infecţioasă, psihogenetică).

Pare inutil în aceste condiţii să determinăm o ierarhie a procesului aşa cum se încearcă uneori, în scopul de a afla ce este fundamental între somatic şi psihologic. Ca şi în toate afecţiunile psihosomatice, devine repede imposibil, o dată reacţia morbidă stabilită, de a determina în interacţiunea familială ceea ce este constituţional de ceea ce este doar reacţional. Totuşi mediul joacă un rol fundamental deoarece crizele astmatice apar adesea după un traumatism afectiv şi ulterior copilul face crize în condiţii bine determinate: în prezenţa sau în absenţa aceleiaşi persoane, identitate de loc sau de circumstanţă, fără ca acestea să fie legate direct de alergen etc.

În plan clinic, astmul copilului apare de obicei în cursul celui de-al treilea an şi persistă toată copilăria. La pubertate este un punct important deoarece un mare număr de boli astmatice dispar în timp ce altele persistă la vârsta adultă.

2.1. — PERSONALITATEA COPILULUI ASTMATIC ŞI INTERACŢIUNILE FAMILIALE

Cel mai frecvent copilul astmatic este descris ca fiind cuminte, calm, mai degrabă dependent, supus anturajului, uşor anxios. Şcolaritatea este adesea foarte investită, boala fiind de altfel trăită ca un obstacol în calea unei reuşite mai bune. Absenţele prea numeroase pot să fie la originea dificultăţilor şcolare. Totuşi alţi copii se arată cu uşurinţă agresivi, exigenţi sau provocatori.

Relaţiile familiale par destul de specifice, mai ales în ceea ce o priveşte pe mamă. Aceasta apare adesea ca destul de rejectantă sau cel puţin rece, conformistă, „hipernormală". Nu arareori singurele schimburi afective se fac în jurul bolii: mama are grijă de copil şi de propria culpabilitate, copilul se supune mamei sale suscitându-i angoasa acesteia din urmă. Ambivalenţa afectelor, atât la mamă (respingere/culpabilitate) cât şi la copil (supunere/independenţă) va găsi astfel ieşirea în relaţia de îngrijire stabilită în jurul crizelor de astm. În alte cazuri pare să se stabilească o legătură de identificare narcisică strânsă între copil şi părinţii ale căror perturbări psihopatologice proprii se echilibrează datorită proiecţiilor narcisice asupra copilului lor (Zylberszac). Acesta din urmă ajunge să se „sufoce" sub masivitatea acestei investiri narcisice. Ameliorarea crizelor în timpul separărilor de mediul familial confirmă validitatea acestui punct de vedere. Frecvent crizele reapar de altfel la întoarcerea în familie.

Interpretarea psihopatologică a crizei de astm se face cel mai adesea prin referire la arhaismul funcţiei respiratorii: strigătul-plâns, primul semn a suferinţei bebeluşului, precursor al comunicării, nu poate fi depăşit. Mediul familial ar da valoare de comunicare crizei de astm, în acelaşi fel cu plânsul obişnuit al copilului normal. Numeroşi autori semnalează de fapt că copilul astmatic plânge puţin.

În privinţa psihopatologiei copilului însuşi, se pare că sub un aspect frecvent hiperadaptat, organizarea vieţii sale fantasmatice rămâne în mare măsură infiltrată de trăsături pregenitale. „Gândirea operatorie" descrisă ca tipică la subiecţii alergici adulţi (M. Marty) nu pare să apară decât la copiii, care, din cauza bolii, au suferit numeroase internări şi separări.

2.2. — ATITUDINE TERAPEUTICĂ

Nu este nici un paralelism între gravitatea şi frecvenţa crizelor de astm şi gravitatea perturbărilor psihologice. Primul timp terapeutic constă deci în evaluarea locului pe care îl ocupă procesele mentale, mai ales rolul angoasei, printre diferiţii factori declanşatori. Când determinismul psihic apare prevalent, este important de ţinut cont de acest lucru deoarece un tratament pur fizic (dezinfecţie, desensibilizare, corticoterapie) riscă să fie un eşec.

Separarea de familie dă rezultate certe, adesea spectaculoase, dar care dispar la întoarcerea acasă, dacă nu a intervenit nici o modificare în profunzimea dinamicii familiale. Psihoterapia copilului şi, la copiii mici, psihoterapia cuplului mamă–copil, deşi dificile, pot calma „angoasa de a respira“ şi pot crea condiţiile unei ameliorări simptomatice secundare.

2.3. — ASTMUL SUGARULUI

Astmul sugarului, pe care unii autori preferă să-l numească bronşită astmatiformă datorită contextului febril obişnuit, prezintă câteva particularităţi care merită să fie subliniate.

În plan clinic, semnalăm mai întâi apariţia sa în cursul celui de-al doilea semestru şi dispariţia frecventă pe la 2-3 ani. Notăm de asemenea absenţa angoasei manifeste la copilul dispneic care nu pare peste măsură de incomodat de această dispnee: rămâne activ, se joacă, chiar vesel. În plan psihologic a fost observată o excesivă familiaritate fără apariţia angoasei normale de străin la aceşti sugari. Poate fi atribuită fie condiţiilor de maternaj defectuoase unde substitutul matern se schimbă adesea (creşă de exemplu), fie unui mediu neprotector şi intruziv. În plan psihopatologic apariţia astmului ar traduce eşecul elaborării mentale a mecanismului angoasei de străin (Fain), soluţia cea mai frecventă a acestui eşec în autoerotism aşa cum se poate observa în cursul mericismului fiind dată acolo de conduita „hipernormativă“ a mamei. Desfăşurarea celui de-al doilea organizator descris de Spitz ar fi astfel împiedicat fie printr-o triangulare prea rapidă între personaje echivalente (gardă parţială), fie prin pasivitatea investiţiei materne.

Totuşi aceste ipoteze patogenice nu sunt confirmate de alţi autori. Astfel Gautier şi col. nu găsesc la bebeluşul astmatic şi în interacţiunea sa cu mama nici o caracteristică specifică în afară de o nelinişte puţin excesivă la îndepărtarea de mamă. Aceşti autori consideră că descrierea relaţiilor patogene mamă–copil, valabile pentru copilul astmatic mai mare, nu se observă încă din stadiile precoce, reactivitatea astmatică nefiind un factor de vulnerabilitate susceptibil să antreneze relaţia mamă–copil într-o ambivalenţă secundar patogenă şi patologică.

3. — SPASMUL HOHOTULUI DE PLÂNS

3.1. — GENERALITĂŢI

Spasmul hohotului de plâns se caracterizează printr-o pierdere scurtă a cunoştinţei datorată unei anoxii cerebrale la un copil cel mai frecvent între 6 şi 18 luni, survenind în condiţii precise. Se disting două forme:

Forma albastră, cea mai frecventă (80%), este marcată de o pierdere de cunoştinţă care survine în contextul plânsului cu ocazia unei mustrări, frustrări, dureri: copilul hohoteşte, respiraţia se accelerează până la blocajul în inspir forţat, apare o cianoză şi copilul îşi pierde cunoştinţa câteva secunde.

Forma palidă se caracterizează prin apariţia unei sincope cu ocazia unui eveniment cel mai adesea dezagreabil: durere subită, frică, emoţie intensă. Copilul scoate un strigăt scurt, păleşte şi cade.

În cele două forme o contracţie în opistotonos, câteva mişcări clonice ale membrelor, o deviaţie a globilor oculari pot să însoţească aceste pierderi de cunoştinţă. Se observă mai adesea în forma palidă.

În cele două cazuri criza este scurtă, câteva secunde, cel mult un minut, copilul îşi revine.

Cel mai frecvent, acelaşi copil face totdeauna acelaşi tip de criză, dar se poate totuşi ca forma albastră şi forma palidă să alterneze. Frecvenţa spasmului hohotului de plâns ar fi de 4-5% într-o populaţie generală.

În plan somatic evoluţia este benignă, nu există nici un semn neurologic asociat şi nici sechele de temut.

În mod obişnuit crizele dispar spre vârsta de 3 ani, dar pot uneori să persiste dincolo de această vârstă. Circumstanţele de apariţie a spasmului merită să fie notate deoarece nu este rară situaţia când acesta se observă numai în prezenţa unui anumit membru al familiei (mama sau bunica), totdeauna acelaşi.

În plan neurofiziologic studiile electroencefalografice (Gastaut) au arătat absenţa unei anomalii de tip epileptic şi existenţa semnelor tipice de anoxie cerebrală (asfixie datorată blocajului respirator în forma albastră, ischemie datorată stopului cardiac în forma palidă) în momentul pierderii cunoştinţei.

3.2. — ABORDĂRI PSIHOLOGICE ŞI PSIHOPATOLOGICE

În plan psihologic

Toţi autorii notează diferenţa dintre forma albastră şi forma palidă. În prima copiii sunt de obicei energici, activi, uşor opoziţionişti şi nervoşi, dominatori. Adesea se observă o anorexie de opoziţie. În cea de-a doua, forma palidă, copiii par mai de grabă fricoşi, timizi, dependenţi, într-un cuvânt pasivi. Este uşor şi tentant să opunem astfel o formă albastră, activă, virilă şi o formă palidă, pasivă, feminină (Fain).

În plan psihopatologic

Înţelegerea acestei tulburări funcţionale trebuie să se facă la mai multe niveluri. Importanţa relaţiei dintre copil şi personajul sensibil, cel mai frecvent mama, trebuie să fie subliniată; angoasa pe care aceasta o simte, o duce spre un comportament de prevenire, până la supunere pentru a evita spasmul evocator al morţii copilului ei. Acesta va trage din nou din această frică beneficii secundare care vor alimenta o megalomanie reconfirmată fără încetare prin noi crize.

Importanţa rolului respiraţiei trebuie de asemenea să fie menţionată. Această funcţie este probabil prima funcţie al cărei caracter imediat vital este foarte devreme perceput de copil; posibilitatea unui control conştient al modificărilor care determină hipo– sau hipercapnia sunt poate percepute mult mai precoce decât se crede. În această privinţă Soulé vorbeşte despre o veritabilă „sprijinire“ a funcţiei respiratorii în sensul că, la fel ca foamea şi oralitatea, satisfacerea funcţiei fiziologice serveşte ca sprijin pentru fixaţia unei investiri libidinale.

Conform lui Fain, spasmul hohotului de plâns ar funcţiona ca o „preformă de act pervers“, investirea privilegiată se face contra naturii, la nivelul senzaţiei de asfixiere, veritabil echivalent al descărcării orgasmice, al coitului şi în final al simulării morţii. Pierderea de cunoştinţă ar interveni ca o fuziune regresivă şi mortiferă cu mama, făcută posibilă prin eşecul unei investiri mai simbolizate şi mentalizate.

3.3. — ATITUDINE TERAPEUTICĂ

Este cu atât mai simplă cu cât copilul este mai mic. Se referă înainte de toate la anturaj care este important să fie încurajat: benignitatea evoluţiei somatice, distincţia netă de epilepsie trebuie să fie explicate. Mama sau bunica trebuie să poată să-şi exprime angoasele, iar o susţinere psihoterapeutică le poate fi necesară. Este important să se realizeze ca teama de spasmul hohotului de plâns să nu fie

un pretext pentru abandonarea întregii atitudini educative, şi ca mama să se dezintereseze la modul relativ de aceste manifestări. Rapid spasmele se spaţiază în timp înainte de a dispărea. Evoluţia psihopatologică este mai incertă, studiile catamnestice fiind practic inexistente.

4. — PATOLOGIA SFEREI CUTANATE

Loc al contactului privilegiat cu lumea exterioară, barieră împotriva agresiunilor exterioare, înveliş care limitează şi conţine interiorul, zonă de schimb între interior şi exterior, pielea este un organ ale cărui funcţii fiziologice sunt bogate şi diversificate. Oglindă fidelă a influenţelor psihice, manifestările cutanate (roşeaţă, paloare, transpiraţie, piloerecţie) îşi au originile atât la nivel fiziologic, cât şi psihologic. Nu este de mirare în aceste condiţii că manifestările psihosomatice se regăsesc adesea în acest teritoriu.

4.1. — ECZEMA SUGARULUI

În forma sa tipică, eczema atopică a sugarului începe în cursul celui de-al doilea trimestru. Începe la obraji, gât şi se poate extinde progresiv pe tot corpul. Frecvent se constată că această eczemă regresează în cursul celui de-al doilea an, şi în unele cazuri îi urmează un astm infantil. Se descrie de asemenea eczema pliurilor, formă în care iritaţia locală pare să joace un rol mai important.

Spitz a arătat corect frecvenţa crescută a sugarilor care trăiesc în condiţii instituţionale (instituţii pentru mame celibatare). După acest autor, ostilitatea, deghizată în anxietate manifestă la mamă, ar fi la originea răspunsului cutanat patologic al unui sugar care prezintă totuşi o „predispoziţie congenitală“.

Vindecarea în cursul celui de-al doilea an s-ar explica, ca şi în cazul altor manifestări psihosomatice, prin noile investiri făcute posibile prin dezvoltarea copilului; în cazul eczemei, achiziţia mersului face sugarul mai puţin dependent de contactul matern.

La copiii mai în vârstă care prezintă eczemă se descrie o personalitate în care se remarcă submisivitatea, sensibilitatea, o importantă anxietate. Mamele par să oscileze între respingere şi supraprotecţie, care se manifestă de altfel printr-o grijă terapeutică intruzivă: singurele contacte tandre între mamă şi copil constau în aplicarea pomezii pe corpul copilului.

4.2. — PELADELE

Determinismul psihogenetic al peladelor, atât la copil cât şi la adult, este bine cunoscut; dar studiile psihodinamice sunt rare. Autorii sunt de acord în a recunoaşte că şocul afectiv de la originea peladei reprezintă adesea o pierdere reală sau simbolică. Se regăseşte frecvent noţiunea de abandon. Semnalăm cazul particular al peladelor care provoacă calviţie, care clinic se caracterizează prin pierderea pilozităţii în totalitate (părul capului, gene, sprâncene, păr axilar, pubian etc.) şi al căror determinism psihogenetic pare identic. Astfel am avut ocazia să observăm constituirea rapidă a unei pelade provocatoare de calviţie la un copil într-o situaţie de abandon acut şi la un altul în decursul unui episod psihotic acut.

5. — AFECŢIUNI DIVERSE

5.1. — MIGRENELE

Se caracterizează prin apariţia brutală a unei palori cu cefalee intensă şi pulsatilă, cel mai adesea fără fenomenologie vizuală. Copilul prezintă greaţă, apoi vărsături, ceea ce îi calmează accesul. Aceste migrene survin în general la copilul de vârstă şcolară şi sunt uneori legate de o şcolaritate foarte investită. Se relevă frecvent caracterul familial a migrenei.

5.2. — CEFALEEA

Aceasta este de asemenea legată de şcolaritate, nu este întotdeauna uşor de distins de migrenă, doar că apariţia şi dispariţia cefaleei este mai puţin bruscă. Cercetarea beneficiului secundar (a rămâne acasă, a evita compunerea, materia de care îi este teamă, ora de înot) este adesea clară, cefaleea fiind rezultatul direct al tensiunii dintre o teamă sau o angoasă şi o dorinţă de autonomie sau de afirmare de sine.

În alte cazuri cefaleele răspund unui mecanism destul de direct de conversie isterică, mai ales dacă copilul se găseşte într-un conflict asupra căruia nu poate acţiona (neînţelegeri parentale sau divorţ de exemplu). Renunţarea la gândire, la elaborarea mentală riscă să fie la copil mai plină de consecinţe decât la adult la care procesele cognitive au ajuns la maturitate. De menţionat că unul dintre părinţi este adesea el însuşi cefalalgic.

5.3. — RETARDUL DE CREŞTERE DE ORIGINE PSIHOSOCIALĂ

Descrisă iniţial de către pediatrii endocrinologi (Rappaport şi colab.), „nanismul psihosocial" se caracterizează prin existenţa unui important retard de creştere (mai mare de trei diviziuni standard) asociat cu o încetinire a vitezei de creştere la un copil mai mare de trei ani. În plan clinic, această talie mică este fie izolată la un copil altfel în stare generală bună, fie asociat cu alte elemente: urme de lovituri (hematoame, fracturi) la copiii maltrataţi, slăbiciune în caz de anorexie, simptome psihosomatice diverse (anorexie, insomnie, diaree, enurezis, encoprezis) sau tulburări de comportament.

Nu există semne de dismorfism. Examenul radiologic relevă un important retard de maturizare osoasă care se apropie în general de vârsta care corespunde taliei.

În plan social, aceşti copii provin din familii foarte defavorizate, adesea cu fratrie numeroasă, fără ca acest lucru să fie totuşi constant.

Diagnosticul diferenţial se face cu patologia hipotalamo-hipofizară, mai ales cu insuficienţele globale sau elective. Este un diagnostic foarte dificil, deoarece această întârziere de creştere se asociază adesea cu o scădere a concentraţiei sanguine de STH. Climatul familial poate să fie un indicator. Singurul criteriu diagnostic valabil este normalizarea rapidă a concentraţiei de STH şi reluarea creşterii staturale după separarea de mediul familial.

Interpretarea psihopatologică a acestui retard de creştere nu este univocă. Autorii sunt de acord toţi în a recunoaşte dimensiunea profund carenţială a mediului familial dar legătura între această carenţă afectivă adesea manifestă şi alterarea neuroendocrină rămâne misterioasă. Extrema rapiditate a reversibilităţii o dată cu separarea familială şi normalizarea concentraţiilor hormonale surprind şi deconcertează autorii. O carenţă nutriţională a fost de asemenea invocată, mai ales în faţa unei creşteri rapide şi importante în greutate. Întârzierea creşterii observată în anumite anorexii a putut servi de model.

Studiul psihopatologic al acestor copii permite distingerea unui grup de copii inhibaţi, tensionaţi, care trăiesc la modul defensiv, într-o poziţie fie de pasivitate, fie de opoziţie. Un al doilea grup se caracterizează, din contră, prin intense capacităţi proiective, intruzive şi adesea confuze, aproape de ceea ce se observă în prepsihoze.

Un punct comun este reprezentat de o tendinţă excesivă de a acţiona într-un context dominat de violenţa raporturilor dintre copil şi mediul său, mai ales mamă. O legătură de ură deosebit de intensă pare să unească pe mamă şi pe copil (G. Rimbault).

Atitudinea terapeutică preconizată este separarea prelungită a copilului de mediul familial. Motivele invocate în acest sens sunt eficacitatea (reluarea creşterii care în unele cazuri este din nou oprită la întoarcerea în familie) şi urgenţa relativă pe care o impune un simptom ale cărui urmări evidente riscă să persiste toată viaţa. Totuşi, dacă beneficiile separării sunt evidente pentru creştere, rămân în continuare de făcut studii referitoare la consecinţele asupra echilibrului psihoafectiv al acestor copii.

6. — PSIHOSOMATICA LA COPILUL MARE: RELAŢIA DE ÎNGRIJIRE

Sub formă de concluzie a acestui capitol de psihosomatică a copilului ne gândim că este util să revenim asupra unui model de interacţiune deja evocat în introducere: relaţia de îngrijire între mamă şi copil.

Dacă pentru sugar s-au putut descrie tipuri de organizare destul de precise şi specifice (mericism sau spasmul hohotului de plâns de exemplu), acest lucru nu mai este posibil în aceeaşi măsură pentru copilul mare. Cu cât copilul este mai mare, cu atât mai puţin pare să existe o legătură strânsă între un tip de simptome somatice şi o organizare psihologică specifică. Motivul acestei evoluţii ni se pare a fi faptul, deosebit faţă de adult unde relaţia psihosomatică se interpune în dialogul intern al pacientului cu propriile sale imagini interiorizate, că simptomul psihosomatic de la copil ocupă câmpul foarte concret al interacţiunilor acestui copil cu anturajul său şi în mod special cu părinţii.

Din acest punct de vedere, imposibilitatea atât la copil cât şi la părinte (părinţi) de a exprima versantul agresiv al necesarei ambivalenţe relaţionale pare să fie la originea unui mare număr de manifestări psihosomatice. Acest lucru permite descărcarea asupra corpului copilului a agresivităţii în mod obişnuit socializate şi transformarea în solicitudine excesivă sau în relaţie pur terapeutică de îngrijire.

Simptome cum ar fi durerile abdominale atât de frecvente la copil şi producând atâta nelinişte la mame, constituie după părerea noastră un exemplu caricatural. Alte manifestări au atras poate mai puţin direct atenţia, dar ni se par a răspunde unei dinamici identice. Este de exemplu cazul anumitor angine sau otite repetate. Astfel, am avut de mai multe ori ocazia de a vedea calmându-se un conflict acut între o mamă şi un copil centrat mai ales pe alimentaţie în momentul în care fie o angină, fie o otită autorizează copilul să nu mai mănânce şi pe mama sa să nu-l mai forţeze: conflictul se linişteşte, copilul găseşte în regresie şi în îngrijirile materne gratificările necesare, mama îşi deplasează atunci dependenţa agresivă de la copil spre medicul generalist, pediatru sau ORL-ist. Caracterul repetitiv al acestor episoade care survin în fiecare lună, la două săptămâni, săpămânal, episoade a căror realitate somatică nu poate fi pusă la îndoială, aşa cum o dovedeşte inflamaţia gâtului sau timpanului, ar trebui să incite medicul somatician să sesizeze dimensiunea cu adevărat psihosomatică. Vrem să spunem că dincolo de necesarul tratament somatic al episodului actual, considerăm necesară integrarea semnificaţiei individuale şi tranzacţionale, în scopul unei schimbări, care doar ea ar putea preveni recăderile.

BIBLIOGRAFIE

BARRANGER M.H.: A propos du nanisme psychosocial: etude d'une population exposée. Thèse, Paris VI, 1981.

DUGAS M., MOREL P., LE HEUZEY M.F., PRINGUEY D.: La pelade: une maladie psychosomatique? *Neuropsychiatrie enf.,* 1983, 31, 4, 179-191.

GAUTHIER Y. et coll.: L'asthme chez le très jeune enfant (14-30 mois): caractéristiques allergiques et psychologiques. *Psychiatrie enfant,* 1976, 19 (1), 3-146.

GUTTON P. H., CASTEX E., ESTRABAUD M.: Les vomissements psychogènes. *Psychologie medicale,* 1978, 10 (4), 671-700.

KREISLER L., FAIN M., SOULE M.: *L'enfant et son corps.* PUF, Paris, 1974.

KREISLER L.: *L'enfant du désordre psychosomatique.* Privat ed., Toulouse, 1981, 1 vol., 400 p.

MARCELLI D.: L'hypocondrie chez l'enfant. *Psychologie medicale,* 1981, 13, (5), 771-776.

MARTY P., DE M'UZAN M., DAVID C.H.: *L'investigation psychosomatique,* PUF, Paris, 1963.

MONEY J.: The syndrome of Abuse Dwarfism (Psychosocial dwarfism or reversibile hyposomatropism). *Am. J. Deasease child,* 1977, 131, 508-513.

RAPPAPORT R., ROYER P.: Retard de croissance d'origine psychosociale et nutritionnelle. Journée Parisienne de Pédiatrie, Paris, 1975, 145-155.

STAGNARA J., BLANC J.P., DANTOU G., SIMON-GHEDIRI M.J., DURR F.: Eléments cliniques du diagnostic de coliques du nourrisson. Enquête chez 2773 nourrissons âgés de 15 a 119 jours. *Arch. Pédiatr.,* 1997, 4, 959-966.

SICHEL J.P., FASLA F.: La rectocolite ulcéro-hemorragique chez l'enfant. *Psychiatrie enfant,* 1975, 18 (1), 7-73.

20 LA FRONTIERELE NOSOGRAFIEI

Ultimul capitol al celei de-a treia părți este consacrat grupărilor nosografice cu limite incerte sau care sunt folosite în mod specific de anumiți autori sau țări. Aceste grupări nosografice se bazează de fapt pe concepții teoretice ce folosesc fie noțiuni psihodinamice (de exemplu prepsihoză), fie abordări ale psihologiei dezvoltării (dizarmonie), fie un model descriptiv holistic (patologie de caracter, de personalitate) sau în sfârșit un model semiologic și lezional (Tulburare Deficitară a Atenției / Hiperactivitate : TDAH).

Aceste grupări prezintă adesea o semiololgie variabilă, imprecisă (prepsihoză, dizarmonie) sau sunt caracterizate printr-o comorbiditate foarte importantă (TDAH). Interesul lor constă în faptul de a păstra deschise toate potențialitățile evolutive ale subiectului evitând efectele dăunătoare ale unui prognostic defavorabil. În schimb absența unor limite precise și validitatea uneori contestabilă riscă să conducă la utilizarea extensivă a acestor „diagnostice“ cu toate pericolele lor, în locul unui diagnostic care să conducă la o strategie terapeutică specifică (cum este cazul pentru TDAH).

Abordarea acestor entități diagnostice solicită deci clinicianului o înaltă rigoare metodologică, o bună cunoaștere a mizei implicite (problema normalului și patologicului, vezi cap. 2; cererea terapeutică, vezi cap. 28) și o reflecție constantă asupra propriei practici și limitele cadrelor conceptuale utilizate (lucru cunoscut, dar care încă se ignoră...).

1. — PREPSIHOZELE COPILULUI

Este vorba despre o terminologie întâlnită din ce în ce mai frecvent și ale cărei caracteristici clinice nu sunt totdeauna evidente. Această entitate, care prin numele ei arată bine grija inerentă a pedopsihiatrului privind prognosticul, datorează succesul unor factori opuși. Unul, mai de grabă negativ, face din termenul de prepsihoză un cadru de așteptare unde se numește astfel „tot ceea

ce este mai grav decât o nevroză și mai puțin grav decât o psihoză“ cu toată incertitudinea evolutivă inerentă. Celălalt factor ar constitui definiția „în pozitiv“ care atribuie entității „prepsihoză“ o organizare structurală care i-ar fi proprie și al cărei destin evolutiv rămâne să fie precizat.

Totuși, înainte de abordarea domeniului clinic, trebuie să consacrăm câteva cuvinte problemelor de terminologie atât de importante aici. Termenii fiind de fapt abundenți, demarcația între descrierile de la adult și cele de la copil nu sunt totdeauna clare. Se pare că există totuși un consens în a vorbi de stări limită la adult și de prepsihoză la copil, cu toate că se întâlnesc de asemenea termeni cum ar fi: **copil atipic, stare pseudonevrotică sau prenevrotică, structură preschizofrenică, parapsihoză, copil borderline, „fals self“, personalitate „ca și cum“** etc. Nu vom intra în această terminologie controversată, dar este important de știut că, sub o lumină adesea diferită, se descrie în realitate același tip de copil. Vom înfățișa rapid simptomatologia clinică și rezultatele principalelor teste psihologice înainte de a studia structura psihopatologică și punctele de vedere teoretice ale principalilor autori.

1.1. — DESCRIERE CLINICĂ

Nu există o simptomatologie proprie prepsihozelor. Toate simptomele pot de altfel să fie întâlnite, fie că e vorba de manifestări endopsihice (fobii sau ritualuri obsesionale), de tulburări de comportament (instabilitate, ticuri, inhibiție), de tulburări ale marilor funcții somatice (insomnie gravă, anorexie rebelă), de un retard de maturizare a unei linii specifice (limbaj), de dificultăți relaționale majore (izolare în cadrul fratriei sau între copiii de aceeași vârstă, inserție școlară mediocră). A face tabloul tulburărilor întâlnite în prepsihoze înseamnă a înșira lista tuturor simptomelor clinice. Vom insista asupra punctelor care par esențiale:

– **multiplicitatea și variabilitatea simptomelor**; astfel sunt ticurile care apar și apoi dispar pentru a lăsa locul terorilor nocturne și unei insomnii relative, căreia îi succede o fază de instabilitate majoră cu fobii mai mult sau mai puțin variate. Aceste simpome se caracterizează în realitate prin ineficacitatea lor în a lega angoasa atât de un punct de vedere economic, cât și dinamic. Acest copil care în aparență rămâne în contact cu realitatea, nu pare în schimb capabil să stabilească o organizare psihică susceptibilă să-i permită să stăpânească și să degajeze angoasa care rămâne mereu perceptibilă;

– sub aparenta adaptare la realitate deja evocată, contactul cu copilul prepsihotic, chiar dacă nu dă senzația de bizarerie sau stranietate întâlnită la copilul psihotic, este adesea de o calitate deosebită: investirea relației poate să fie masivă, expresia fantasmatică prin joc prea facilă și prea imediată. Tematica,

aşa cum o vedem la testele proiective, este în mod constant dominată de o imensă agresivitate rău conţinută. În acest context trecerea la act este deosebit de frecventă şi reprezintă adesea un mod specific de evacuare a tensiunii psihice. Această trecere la act se face adesea într-un mod auto– sau heteroagresiv, uneori cu o impulsivitate extremă.

La polul opus, relaţia clinică poate fi dominată de inhibiţie, lăsând puţin loc exprimării acestui univers fantasmatic sau de o aparentă supunere la dorinţele sau aşteptările presupuse ale adultului. Acest ultim caz corespunde tabloului de neghiobie descris atât de bine de Diatkine.

1.2. — TESTE PSIHOLOGICE

Acestea sunt deosebit de utile în evaluarea clinică a copilului prepsihotic. Desigur, atunci când acesta se situează pe versantul unei prea mari facilităţi a expresiei fantasmatice, testele nu fac decât să confirme ceea ce deja a revelat relaţia clinică. În schimb, ele îşi demonstrează întreaga valoare atunci când copilul aduce în prim plan un fel de pseudo-adaptare (fals self) sau de supunere faţă de interlocutor. Nu vom detalia aici testele de nivele pe care le-am prezentat cu mai multă precizie în cadrul dizarmoniilor (v. cap. 9, 3.3.).

Testele proiective, în mod special Rorschach, arată intensitatea nevoii de exprimare fantasmatică care se realizează fără mare grijă pentru utilizarea factorilor numiţi intelectuali. Kinestezia, animaţia primează asupra recunoaşterii formale. Productivitatea este mare, asociaţiile abundente şi infantile, referinţa la lumea animală este privilegiată. În planul mecanismelor mintale se poate observa importanţa proiecţiei, a clivajului, a identificării proiective. Natura fantasmaticii exprimate pune în evidenţă importanţa agresivităţii al cărei nivel de elaborare este de altfel foarte variabil de la un răspuns la altul la acelaşi copil: devorare orală, fantasmatică sadic-anală, angoasă de anihilare. Imaginile parentale mobilizate se situează fie la un nivel foarte infantil cu o frenezie a dimensiunii abandonului, fie clar pregenital, în special imaginea maternă. În comparaţie cu copiii psihotici, labilitatea nivelului răspunsurilor, capacităţile remarcabile de recuperare de la o planşă la alta, capacitatea de păstrare a unei percepţii formale adecvate, mai ales dacă investigatorul încearcă să susţină copilul, reprezintă diferenţe evidente.

1.3. — STUDIU PSIHOPATOLOGIC

Ceea ce am descris în legătură cu testele proiective lasă deja să se întrevadă marile direcţii în jurul cărora se organizează funcţionarea mintală. La nivelul

mecanismelor de apărare, **clivajul** este, după părerea diferiţilor autori, factorul esenţial. Totuşi, spre deosebire de psihoze, clivajul se adresează cu precădere aspectelor calitative ale obiectelor (Marcelli), bun şi rău fiind în mod activ menţinute ca separate. Astfel, aceşti copii par tipic blocaţi la nivelul fazei schizoparanoide şi nu pot accede la poziţia depresivă pentru a stabili relaţii de obiect depline şi totale. Acest clivaj se însoţeşte de alte tipuri de mecanisme defensive: identificarea proiectivă, idealizarea, refuzul realităţii, omnipotenţa, care toate conduc la crearea unui fel de cerc vicios care întăreşte clivajul. Diatkine insistă asupra importanţei relative a proceselor primare ale gândirii care nu pot să fie nici temperate nici organizate printr-o secundarizare eficientă. În centrul acestor procese primare, agresivitatea — fie că răspunde experienţelor de frustrare prea severe ce depăşesc capacităţile adaptative ale copilului, fie că îşi află originea în echipamentul intern al copilului — este copleşitoare (Widlöcher), împiedicând întreaga organizare coerentă a vieţii libidinale. În plan structural, dacă Eul şi non-Eul par distincte, în schimb organizarea Supraeului este cel mai adesea deficientă, înlocuită de altfel prin problematica narcisică.

Imaginile parentale nu se organizează în registrul oedipian, ci rămân saturate de trăsături preoedipiene: mama intruzivă, atotputernică şi periculoasă, imaginea paternă prost diferenţiată de cea maternă, ambele investite cu putere falică înfricoşătoare.

1.4. — EVOLUŢIE

Încă de la începutul capitolului am semnalat că termenul de prepsihoză trimite la problema predictivităţii în pedopsihiatrie. Nu revenim deci aici asupra problemelor generale deja abordate şi ne limităm strict la problema clinică.

În plan clinic, copiii astfel recunoscuţi ca prepsihotici par să aibă o evoluţie destul de variabilă (Diatkine). Unii vor dezvolta la sfârşitul perioadei de latenţă o organizare psihotică evidentă, alţii vor prezenta fie o evoluţie deficitară sau pseudo-deficitară (tablou de imbecilitate), fie o evoluţie dominată de un deficit într-un sector specific (dispraxie importantă, întârziere persistentă a limbajului, eşec şcolar...). Un mare număr de copii se organizează în final în jurul unei patologii care s-ar putea numi caracterială: sub o adaptare de suprafaţă la realitate domină fragilitatea acestei adaptări, o rigiditate evidentă a funcţionării mintale marcată de procesele proiective şi de trecerea la act şi o simptomatologie care poate evoca psihopatia. Aceste din urmă forme prezintă o continuitate sigură cu tablourile clinice descrise de psihiatrii de adulţi sub numele de stări limită. Vom reveni la această patologie caracterială puţin mai departe.

2. — ORGANIZĂRILE DIZARMONICE

Acolo unde este vorba de dizarmonie de evoluţie (Male, Leibovici, Lang) sau de dizarmonie cognitivă (Gibello), accentul este pus pe echilibrul dinamic sau pe dezechilibrul crescând care s-a stabilit între direcţiile în curs de maturizare. Aspectul este mai de grabă genetic-evolutiv decât structural. Anna Freud este unul dintre primii autori care a atras atenţia asupra liniilor de dezvoltare şi a necesităţii echilibrului lor constant: *„când Eul şi Supraeul au o maturitate insuficientă în raport cu nivelul activităţii pulsionale, nici relaţiile afective de obiect însuşite, nici un sens social şi moral suficiente, nu sunt capabile să lege şi să controleze pulsiunile parţiale pregenitale agresive"*. A. Freud arată prin aceasta efectul dezorganizator al dizarmoniei.

Foarte schematic descrierile se centrează fie pe decalajul dintre liniile de maturizare neurobiologică (exemplu: dezvoltarea motricităţii, a limbajului sau a inteligenţei), fie pe maturizarea pulsională şi pe organizarea personalităţii (sexualizarea prea precoce în raport cu o organizare încă infantilă a Eului sau, din contră, hipermaturitate a Eului care nu acceptă nivelul pulsional regresiv), fie pe dizarmonia în interiorul aceleiaşi linii (astfel ca în linia cognitivă să coexiste stadiile preoperator, operator sau logic).

Ceea ce este important aici nu este descrierea statică a unui stadiu special al copilului. Din acest punct de vedere se constată că s-ar putea relua aici totalitatea diverselor descrieri ale conduitelor patologice citate în a doua parte a acestei lucrări. Pentru aceşti autori *„important este a reconstitui funcţionarea mentală a copilului şi a aprecia dacă apărările folosite, şi ale căror tulburări instrumentale reprezintă o modalitate, joacă un rol protector fără a bloca toate posibilităţile evolutive sau, dimpotrivă, dacă asistăm la o restricţie a conduitelor apetitive şi a posibilităţilor de investire şi la organizarea de situaţii ireversibile"* (Jeammet). În funcţie de lucrări accentul se pune când pe dezechilibrul pulsional (Leibovici, Diatkine), când pe originea genetică şi remanierile structurale (Misès, Lang) care provoacă dizarmonia.

Mai mult decât descrierea clinică, conceptualizarea teoretică trimite la această noţiune de dizarmonie. Nu ni se pare justificat să adăugăm încă un tablou clinic particular în acest vast domeniu nosografic, care de altfel ar duce la un abuz de concepte. În schimb, grija metodologică ce a condus la individualizarea acestora din urmă se articulează riguros cu preocupările fundamentale ale pedopsihiatriei.

3. — PATOLOGIA CARACTERIALĂ

Este dificil, indiferent care ar fi dorinţa noastră, să trecem sub tăcere problema spinoasă a patologiei caracteriale a copilului; de fapt denumirea de „tulburare de caracter şi de comportament" a cunoscut o utilizare pe atât de largă pe cât de incert este conţinutul său.

Dacă definirea comportamentului ca şi conduită exteriorizată şi obiectivabilă este relativ simplă, în schimb definirea caracterului este problematică. Referirea la caracter a fost foarte utilizată de către psihiatrii şi pedopsihiatrii din generaţiile precedente, dar se pare că la ora actuală această tendinţă se atenuează. În prezent, la fel ca şi noţiunea de personalitate, aceea de caracter acumulează o sumă de ambiguităţi.

În general atunci când se vorbeşte de caracter se subînţelege întotdeauna o descriere globalizantă a individului, o etichetă cu siguranţă globală, dar în acelaşi timp reducţionistă într-un fel de tipologie bine stabilită. Astfel pentru Heuyer, caracterul este reprezentat prin *„ansamblul tendinţelor emotiv-afective congenitale sau dobândite care reglează raporturile individului cu condiţiile mediului"*. Această definiţie condensată arată cum caracterul se defineşte în raport cu:

- noţiunea de congenital sau înnăscut;
- mediul (social, educativ, pedagogic);
- globalitatea individului.

Atunci când autorul vorbeşte despre caracter sau când un clinician vorbeşte despre „un copil caracterial", nu se ştie în majoritatea cazurilor dacă această terminologie trimite la un fel de tipologie globalizantă cel mai frecvent de origine constituţională (caracter paranoic sau ciclotim, de exemplu), la un fel de descriere pur semiologică cu o trăsătură caracteristică (copil opoziţionist sau coleros), sau o entitate patologică susţinută de un proces morbid (caracter psihopatic pe fond dezechilibrat).

Ne putem imagina toate confuziile pe care acest termen le poate vehicula! Câteva încercări meritorii şi curajoase de a organiza acest hăţiş terminologic (Lang) nu ni se par întotdeauna încoronate de succes: astfel în distincţia dintre tulburările caracteriale reacţionale, tulburările caracteriale structurale şi structurile caracteriale patologice propuse de acest autor nu găsim un folos pentru practica clinică.

Pe scurt noi susţinem că, în planul trăsăturilor semiologice, adjectivul caracterial este utilizat pentru descrierea copiilor instabili, agresivi, hiperemotivi, anxioşi, impulsivi, închişi sau excitaţi, opoziţionişti sau versatili, colerici etc. În planul unei evaluări globale a individului, se va vorbi de caracter histrionic, obsesional, pervers, psihopatic sau sociopat, acest lucru fie într-o optică

structuralistă ereditară, uneori chiar presupunându-se existența unui proces morbid subiacent (degenerescența Magnan), fie într-o optică de tipologie (psiho)genetică (caracter oral, anal sau uretral), dar unde ansamblul personalității ar putea fi de asemenea legat de o anume particularitate.

Într-o perspectivă dinamică, vom avansa mai multe ipoteze atunci când evocăm „caracterul".

La nivelul individului, ne confruntăm cu:

- importanța pulsiunilor agresive, exteriorizate sau nu, puse în act sau nu, dar în care trecerea la act este frecvent un mod de rezolvare a conflictului;
- aspectul adesea egosintonic al trăsăturilor caracteriale, adică al conduitei deviante nu este sursă de suferință pentru copil, care, dimpotrivă, exteriorizează de obicei originea conflictului („nu sunt eu, este altcineva, ceilalți, societatea" etc.), chiar dacă el ajunge să sufere în mod secundar consecințele acțiunii sale.

La nivelul mediului trebuie să luăm în considerare importanța schemelor de interacțiune adesea deviante, precoce interiorizate: carența afectivă sau educativă, deficiența gravă socio-economică, profunda instabilitate familială, se regăsesc constant. De fapt exteriorizarea conflictelor, modul reacțional privilegiat al subiectului zis „caracterial" nu este adesea decât reluarea de către subiect a modului de interacțiune obișnuit al anturajului său.

În concluzie, utilizând termenul „caracterial" este adesea o soluție de facilitate, dar riscă să reprezinte în același timp pentru copil efectul unei redutabile „etichete", în timp ce toate studiile catamnestice au arătat cât de mult extrema variabilitate de evoluție a acestor cazuri se constituie *a posteriori* într-o dovadă a absenței oricărui cadru psihopatologic sau etiologic veritabil. Clinicianul va trebui deci să facă dovada unei mari prudențe în manevrarea noțiunii de caracter dacă nu vrea să cadă în ușurință și să regăsească sub etichete pseudosavante ceea ce oricare mamă spune uneori de copilul ei: „are un caracter de porc" sau „are un caracter ușuratic".

4. — TULBURĂRILE DEFICITARE DE ATENȚIE/HIPERACTIVITATE

De la DSM-III (1980) cu câteva variante până la DSM-IV (1995), Tulburarea deficitară de atenție-hiperactivitate (TDAH) (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: ADHD) se situează în continuarea a ceea ce autorii anglo-saxoni au numit succesiv „Minimal Brain Disease" (MBD: leziune cerebrală minimă) ulterior folosind aceleași ințiale „Minimal Brain Dysfunction" pe care noi am tradus-o

la a doua ediție prin „Tulburare Cerebrală Minoră". Ulterior au fost utilizați termenii de „sindrom hiperkinetic" sau de „reacție hiperkinetică". CIM 10 a conservat de altfel denumirea de „tulburări hiperkinetice".

Există o continuitate subtilă în acest sindrom de la primele descrieri a ceea ce s-a numit inițial „Minimal Brain Injury" și se referea la sechelele comportamentale ale copiilor afectați de encefalite infecțioase (mai ales encefalita Von Economo: 1917), intoxicații sau traumatisme craniene. Puțin câte puțin foarte relativa similitudine cu simptomele de hiperkinezie și neatenție observate la numeroși alți copii i-au făcut pe autori să lărgească cadrul sindromului. Existența antecedentelor neuropatologice, la început certe, nu a fost mai mult decât o ipoteză etiopatogenică: deoarece copiii suferind de sechele de encefalită sau traumatism cranian prezintă tulburări motorii de tip instabilitate sau hiperkinezie și defecte de atenție, a apărut „logic" de a pune ipoteza unei leziuni cerebrale minime la toți copiii instabili și/sau neatenți. Entitatea „Tulburare Deficitară a Atenției" constituie ultima verigă a acestei succesiuni. Între noțiunile de M.B.D., hiperkinezie, apoi TDA, interesul este deplasat de la polul motor (instabilitate) spre polul cognitiv (deficit de atenție) dar se păstrează aceeași presupoziție, aceea a deficitului neurocerebral.

În 1957 Bradley a introdus tratamentul acestui sindrom cu „amfetamine" justificând acțiunea acestor substanțe prin existența probabilă a unei leziuni cerebrale minore.

Având în vedere răspândirea extremă pe care a cunoscut-o acest concept, ni se pare indispensabil să realizăm o prezentare clară a problemei căreia să-i găsim locul în câmpul de activitate pedopsihiatrică (v. paragraf 5.5).

4.1. — CARACTERISTICI EPIDEMIOLOGICE

Prevalența la vârsta școlară (6/7 ani – 12/13 ani) oscilează de la 3 la 5% (Wolraich, 1996) cu predominanță masculină cuprinsă între 4 la 1 și 9 la 1 în funcție de studiu. În jur de 50% dintre copiii consultați în serviciile de psihiatrie din Statele-Unite au primit acest diagnostic (Cantwell, 1996).

Reperată începând cu vârsta de 7 ani, dar survenind în continuitatea tulburărilor adesea prezente din mica copilărie, acest sindrom trebuie să antreneze un disconfort funcțional în cel puțin două domenii: social, familial, școlar sau profesional (DSM-IV).

4.2. — DESCRIERE CLINICĂ

Sindromul este constituit de asocierea dintre tulburările de atenție și hiperactivitate-impulsivitate.

Tulburări de atenție. — Slabă capacitate de concentrare, de fixare asupra unei sarcini, de organizare și apoi terminare a activității (școlare sau domestice) dar de asemenea a activităților ludice sau culturale; schimbarea frecventă a activităților („ca un fluture"); distractibilitate importantă („se uită pe pereți", „orice îl perturbă"). Copiii nu par să audă ceea ce li se spune, nu respectă consemnele; lecțiile sunt neglijate, ignorate, cu multe greșeli așa-zis „de neatenție"; toate sarcinile care cer efort de concentrare par a fi evitate sau respinse.

Hiperactivitate-impulsivitate. — Activitate motorie exagerată față de vârstă, copilul este totdeauna „pe baricadă", alergând, sărind, „ca un resort", incapabil să stea așezat.

La școală copiii sunt agitați, neastâmpărați: se leagănă, se contorsionează, își agită picioarele; abia îmbrăcați, se reped în stradă sau în curte în recreație, traversează strada fără să se uite.

Impulsivitatea se traduce printr-o dificultate de a respecta regulile, cadrul: intervenție bruscă în clasă, nerespectarea rândului la cuvânt, la joc, a regulilor sportive. Tendință de a-și impune prezența fără respect pentru ceilalți, de a apuca obiectul din mâna celuilalt înainte de a i se oferi, de a se angaja într-o manieră periculoasă și riscantă fără a aprecia consecințele. Această impulsivitate poate merge până la tulburări de comportament de tip coleros, agresivitate.

Simptome asociate. — Se descriu adesea:

- dificultăți cognitive relevate de testele ale căror rezultate sunt în general minore sub aspectul neatenției: dificultăți de reperaj spațio-temporal, dificultăți de sesizare a secvențelor ritmice, perturbări la testul Bender;
- dificultăți diverse: întârziere școlară care riscă să se acumuleze, tulburări de control sfincterian (enurezis), labilitate afectivă, conflict cu anturajul, cu camarazii...;
- uneori se regăsesc semne neurologice minore: necoordonare motorie fină, mișcări coreiforme, anomalii perceptivo-motorii, stângăcie, semne non specifice pe EEG. Unii autori au descris „stigmate fizice": anomalii ale epicantului și urechilor, văluri palatine accentuate, strabism, al treilea haluce lung și palmat, craniu țuguiat... asupra cărora descrierile actuale insistă mai puțin.

Regrupări sindromale. — DSM-ul IV propune trei sindroame atunci când manifestările simptomatice sunt prezente de cel puțin 6 luni:

- „deficitul de atenție/hiperactivitate: tip mixt" când tulburările de atenție și hiperactivitatea sunt în mod egal prezente;
- „deficitul de atenție/hiperactivitate: tip neatenție predominantă";
- „deficitul de atenție/hiperactivitate: tip hiperactivitate-impulsivitate predominantă".

Trecerile de la un subtip la altul sunt posibile în funcție de cantitatea respectivă de criterii simptomatice; când criteriile de diagnostic nu mai sunt prezente, există posibilitatea unui diagnostic de genul: „deficit de atenție/hiperactivitate: în remisie parțială".

4.3. — COMORBIDITATE, DIAGNOSTIC, EVOLUȚIE

Comorbiditate. — Este o problemă majoră a diagnosticului de TDAH la copil, adolescent sau chiar la adult.

În timpul școlii elementare, două treimi din copii cu diagnostic de TDAH prezintă un alt diagnostic (Cantwell, 1996) care variază după originea populației studiate (epidemiologic sau clinic, pediatric sau psihiatric). Se observă, după criteriile DSM-IV, o comorbiditate cu:

- tulburări de conduită;
- tulburarea opozițională sfidătoare;
- tulburări de învățare (incluzând tulburările de limbaj, de comunicare);
- tulburări anxioase;
- tulburări de dispoziție;
- sindrom Gilles de la Tourette și ticurile cronice.

Prezența unei tulburări comorbide se repercutează asupra evoluției, în general mai peiorativ (mai ales asocierea tulburărilor de comportament sau opoziționale sfidătoare). Invers, prezența TDAH riscă, mai ales în ochii părinților și învățătorilor, să mascheze existența unor tulburări anxioase sau dispoziționale.

Importanța acestei comorbidități pune evidente probleme teoretice abordate pe scurt în paragraful 4-5.

Diagnostic pozitiv. — Nu există explorări complementare specifice care să afirme existența TDAH. Diagnosticul se pune pe evaluarea clinică și eventual pe utilizarea scalelor (Scala Pelham, 1992; Canners, 1994; Swanson, 1995) cu recomandarea recentă ca diagnosticul să nu fie pus pe un scor pozitiv al unei singure scale. Explorările neuroradiologice, neuropsihologice sau neuroendocrinologice, studiile de genetică nu au dat, în ciuda numărului lor mare, rezultate edificatoare. În prezent, etiologia TDAH rămâne necunoscută și diagnosticul se pune pe ansamblul de elemente clinice adunate de la părinți, de la copil și de

la adulții apropiați (educatori), pe elementele de antecedente și pe o confruntare a rezultatelor investigațiilor (neurologic, neuropsihologic, de limbaj...).

Evoluție. — Sunt descrise trei mari tipuri de evoluție (Cantwell, 1985):

– o sedare și dispariția simptomelor la adolescență sau la adultul tânăr (30% dintre subiecți);

– o persistență a simptomelor la vârsta adultă cu apariția dificultăților școlare, sociale sau relaționale, moderate (40% dintre subiecți);

– o agravare relativă a simptomelor cu apariția unei patologii tip alcoolism, toxicomanie, psihopatie și personalitate antisocială (30% dintre subiecți). Această evoluție pare mai frecventă atunci când, încă din copilărie, există o comorbiditate tip tulburări de comportament.

4.4. — TRATAMENT

Este recomandat un tratament multifocal.

Consilierea părinților. — Conform unui protocol uneori foarte riguros pe bază de sarcini și de consemne cotidiene. Această ghidare trebuie să redea părinților încrederea în competența lor și să reducă „stresul familial" secundar simptomelor copilului.

Colaborarea cu școala. — Se insistă pe un cadru școlar mai degrabă riguros („este preferabil să plasăm elevul în fața tablei și aproape de învățător"!! (Cantwell, 1996)); uneori sunt propuse amenajări școlare: clasă specială până la soluția internatului atunci când simptomele apar a fi majore; în Statele Unite există programe „specializate" pentru 8 săptămâni.

Copilul. — Intervenția cuprinde prescripția de psihotrope și eventual o activitate psihoterapeutică.

Psihotropele prescrise aparțin mai ales clasei amfetaminelor (în Statele Unite: dextro-amfetamină, metilphenidat, în Franța actualmente este autorizat metilphenidat). Se observă 70% din cazuri ameliorate cu sensibilitate individuală variabilă în funcție de produs, eficacitate dependentă de doză și uneori efecte secundare (insomnie, pierderea apetitului, cefalee, iritabilitate) tranzitorii și dispărând treptat. Alte psihotrope au fost utilizate (antidepresive, anxiolitice, neuroleptice, timoreglatoare) cu rezultate inconstante. Antidepresivele (non triciclice sau serotoninergice) s-au dovedit cel mai constant eficace, mai ales când comorbiditatea este legată de tulburări de dispoziție.

În Franța, metilphenidatul (Ritaline) a obținut autorizația de punere pe piață (AMM) pentru indicația de „tulburări hiperkinetice" și prescrierea sa trebuie să

fie făcută respectând reguli stricte: prescrierea de către un medic specialist din spital (psihiatru sau pediatru) pe o rețetă de substanțe toxice pentru o durată de maximum 28 de zile. Înnoirea este posibil de făcut de către un medic generalist pentru maxim un an. Posologia este progresiv crescândă cu 0,3 mg/kg în două prize la masa de dimineață și de prânz; posologiile maxime sunt cuprinse între 40 și 60 mg/zi în funcție de greutate, adică 4-6 comprimate de Ritaline cu câte 10 mg pe comprimat. În Franța, prescrierea este uneori făcută discontinuu (întreruptă în week-end și în perioadele de vacanță școlară), în timp ce în Statele Unite se face de obicei continuu.

O susținere psihoterapeutică sau reeducativă este adesea propusă fie ca prima intenție fie în asociere cu un tratament psihotrop: reeducarea psihomotorie sau ortofonică (individuală sau în grupuri mici), psihoterapie în special când copilul prezintă manifestări anxioase sau depresive.

4.5. — BAZE TEORETICE SUBIACENTE: CONSECINȚE

În pofida schimbărilor succesive de denumire, Tulburarea Deficitară de Atenție rămâne pe direcția teoretică a acestei „nebuloase sindromice" proprie autorilor anglo-saxoni, mai ales americani.

De când a fost definit, acest sindrom a cunoscut o extensie majoră deoarece în medie jumătate din copiii consultați în serviciul de psihiatrie au primit acest diagnostic în Statele Unite.

Ni se pare interesant să plasăm acest sindrom într-o evoluție istorică. Mai întâi izolat, pornind de la tablouri care au constituit sechele ale unor episoade neuropatologice certe, dar cu localizare difuză, acest sindrom a cuprins apoi un ansamblu de simptome a căror heterogenitate este extremă. Chiar dacă autorii recunosc că nu găsesc întotdeauna o leziune organică, existența acestora din urmă constituie aprioricul teoretic pe care se construiește acest sindrom. Cu toate că, în afara unor rare excepții, nu există în general o relație cauzală directă între tipul de disfuncție neurologică cunoscută și tulburările de comportament precise, invers este cel puțin hazardat, ca în fața tulburărilor de comportament diverse să presupunem existența leziunilor cerebrale chiar minore. Cercetările unui „indice biologic" au fost toate negative.

Printre ipotezele etiologice reținute, în afara afecțiunilor neurologice deja citate (infecțioase, toxice sau traumatice) care au fost la originea acestui sindrom, autorii au citat un factor genetic, patologie fetală și neonatală. În plan patogenic, ipoteza avansată este aceea a unei disfuncții fiziologice, probabil a metabolismului mono-aminergic (amfetaminele cresc concentrația de mono-amine), dar rezultatele cercetărilor rămân inconstante. Pentru mulți psihiatri francezi validitatea acestui

sindrom rămâne incertă, pentru că foarte frecventa „comorbiditate“ conduce la interogații asupra limitelor sale. Nici o concepție psihodinamică nu este luată în considerare, iar posibilele legături dintre instabilitate, neatenție, anxietate și depresie rămân să fie înțelese ca simple coincidențe. La fel ca și relațiile cu mediul familial și social, interacțiunile eventuale dintre exigențele mediului și răspunsul copilului sunt rar luate în considerare.

În ceea ce ne privește, observăm un ciudat paralelism între succesul pe care îl cunoaște în prezent acest sindrom și succesul pe care l-au cunoscut, acum ceva timp, alte teorii cum ar fi degenerescența mintală cu conceptul de copil caracterial (Magnan) sau debilitatea motorie (Dupré), la care de altfel nu s-a făcut niciodată referință. De asemenea, lucrările a numeroși autori asupra instabilității psihomotorii și, la un alt grad, a dispraxiei, nu sunt niciodată nici utilizate, nici menționate.

Astfel denumirile succesive: „Minimal Brain Injury“, „Minimal Brain Dysfunction“, „Hyperkinetic Syndrome“ rămân legate de o înțelegere foarte restrictivă a conduitelor copilului: fiecare „dezordine“ a unei conduite este *a priori* legată de un factor etiologic precis și univoc într-o înlănțuire cauzală lineară formând o „entitate“ închisă în ea însăși. Multiplele particularități ale copilului datorate maturizării sale, dependenței de mediu, dar și faptului că psihismul său este în curs de structurare, par a fi ignorate, ca și abordarea psihodinamică, care dă un sens acestor conduite, altul decât acela al unui simplu „deficit“.

Subliniem în același timp, pentru a concluziona, că în cazurile în care simptomele sunt intense, majore și invalidante, prescrierea amfetaminelor (în Franța metilphenidat-ul) antrenează o ameliorare rapidă și incontestabilă permițând adesea punerea în act a unui tratament relațional susceptibil să fie urmat în bune condiții și cu beneficii incontestabile pentru copil acolo unde înainte absența ameliorării conducea adesea la rupturi terapeutice premature.

BIBLIOGRAFIE

AMADO G.: *Les enfants difficiles.* PUF, Paris, 1955.

CANTWELL D.P.: Hyperactive children have grown up. What have we learned about what happens to them? *Arch. Gen. Psychiatry,* 1985, 42, 1026-1028.

CANTWELL D.P.: Attention Déficit Disorder: a review of the past 10 years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1996, 35, 978-987.

CONNERS K.: Conners Abbreviated Symptom Questionnaire, North Tonawanda N.Y.: Multi Health Systems, 1994.

CRABTREE L.M.-J.C.: Minimal Brain Dysfunction in Adolescents and Young Adults, diagnostic and therapeutic perspectives. *Adolescent Psychiatry,* 1981, 9, 307-320.

DIATKINE R.: L'enfant prépsihotique. *Psychiatrie enf.,* 1969, 12 (2), 413-446.

DIATKINE R., SIMON J.: *La psychanalyse précoce.* PUF, Paris, 1972, 1 vol.

DOPCHIE N.: Le syndrome hiperkinétique. *Psychiatrie enf.,* 1968, 11 (2), 589-619.

DSM-III: *Trouble déficitare de l'Attention.* Edition Française, Masson éd., Paris, 1983, 1 vol.

GIBELLO B.: Dysharmonie cognitive. *Rev. de neuropsychiatrie infantile,* 1976, 24 (9), 439-452.

HECHTMAN L., WEISS G., PERLMAN T., TUCK D.: Hyperactives as Young Adults: various clinical outconics. *Adolescent Psychiatry,* 1981, 9, 295-306.

JEAMMET Ph.: A propos des dysharmonies évolutives de l'enfant. *Psychiatrie enf.,* 1978, 21 (2), 639-648.

KERNBERG O.: *Les troubles limites de la personnalité.* Privat, Toulouse, 1979.

LANG J.L.: Les dysharmonies d'évolution. *Psychanalyse à l'Université,* 1977, 2 (6), 283-307.

LANG J.L.: *Aux frontières de la psychose infantile.* PUF, Paris, 1978.

LANG J.L.: Les organisations caractérielles, psychotique et perverses, *In: Introduction à la psychopathologie infantile.* Dunod, Paris, 1979, 250-310.

MARCELLI D.: *Les états limites en psychiatrie.* PUF, Collection *Nodules,* Paris, 1981.

MARCELLI D.: Le clivage dans les prépsychoses de l'enfant. *Psychiatrie enf.,* 1981, 24, 2, 301-335.

MICOUIN G., BOUCRIS J.-Cl.: L'enfant instable ou hyperkinétique. *Psy. Enf.,* 1988, 31, 2, 473-507.

MISES R. (sous la direction de): Les dysharmonies évolutives de l'enfant. *L'information psychiatrique,* 1977, 53 (9).

NUMERO SPECIAL: L'enfant avec hyperactivité et déficits associés. *ANAE,* 1996, 3, 5-35.

PELHAM W.E.: Teacher ratings of DSM-III-R symptoms for disruptive behavior disorders. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1992, 31, 210-218.

PINE F.: On the concept „Borderline“ in children: A clinical essay. *Psychoanalytic study of child,* 1974, 29, 341-368.

SWANSON J.M.: SNAP-IV Scale. Irvine C.A.: University of California Child Development Center, 1995.

THIVIERGE J.: Les troubles par déficit attentionnel. *Neuropsych. Enf. Ado.,* 1985, 33, 8-9, 401-403.

TOUZIN M., LE HEUZEY M.F., MOUREN-SIMEONI M.C.: Hyperactivité avec déficit

de l'attention et toubles des apprentissages. *Neuropsy. Enfance Adolesc.*, 1997, 45, 9, 502-508.

WENDER P.H., EISENBERG L.: Minimal Brain Dysfunction in children. *In: American Handbook of Psychiatry.* Second Edition, vol. 2, 130-146. Basic Books Inc., New York, 1974.

WIDLOCHER D.: Etude psychopathologique des états prépsichotiques. *Rev. neuropsychiatrie infantile,* 1973, 21 (12), 735-744.

WIDLOCHER D.: Les états-limites: discussion nosologique ou réflexion psychopathologique. *Prospective psychiatrique,* 1979, 70 (1), 7-12.

WOLRAICH M.L., HANNAH J.N., PINNOCK T.Y., BAUMGAERTEL A., BROWN J.: Comparaison of diagnostic criteria for attention deficit hyperactivity disorder in a country-wide sample. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1996, 319-324.

PARTEA A PATRA

COPILUL ÎN MEDIUL SĂU

21 STRES ŞI TRAUMATISM. FACTORI DE RISC ŞI TULBURĂRI REACTIVE SAU DE ADAPTARE

A patra parte a acestei cărţi este consacrată studiului copilului în mediul său familial, şcolar, social, cultural. Vom aborda principalele situaţii care, prin însăşi existenţa şi natura lor, par să modifice comportamentul şi funcţionarea psihică într-o manieră tranzitorie sau durabilă. Este evident că această distincţie este parţial artificială, cu atât mai mult când copilul este mic. Totuşi, experienţa clinică arată în mod constant că expunerea la anumite situaţii provoacă apariţia de conduite deosebite la unii copii (dar nu la toţi, acest punct este o problemă majoră), conduite care nu ar fi apărut în absenţa acelui eveniment. Aceasta ne conduce să definim traumatismul şi stresul, pe de o parte, evenimentele de viaţă şi patologia reactivă sau tulburarea de adaptare, pe de altă parte, între aceste două categorii apărând noţiunile de competenţă, rezilienţă şi vulnerabilitate.

1. — STRES ŞI TRAUMATISM

1.1. — PUNCTUL DE VEDERE FENOMENOLOGICO-DESCRIPTIV

Dintr-un punct de vedere pur descriptiv, un traumatism psihic (excludem din acest paragraf consecinţele neuropsihologice ale traumatismelor fizice, mai ales ale traumatismului cranian) corespunde unui eveniment susceptibil de a determina moartea, care implică ameninţarea cu moartea sau care provoacă răni şi leziuni corporale majore ale copilului (sau ale apropiaţilor lui). Evenimentul traumatizant poate fi o catastrofă naturală (cutremur, incendiu sau inundaţie brutală etc.), o catastrofă umană (accident de avion, de tren, de autocar, de maşină), un act

delincvent (act terorist, luare de ostatici, răpire, viol) sau o situaţie de război. În mod deosebit la copil, vom insista asupra evenimentelor traumatice care-i afectează pe cei apropiaţi şi al căror spectator e copilul: moarte brutală într-un accident, răni grave, eveniment spectaculos de tip incendiu, venire a pompierilor sau a Salvării etc.

În faţa acestor evenimente, poate să apară o reacţie imediată, **reacţia acută la stres**, exprimată la copil printr-un comportament agitat şi dezorganizat sau, invers, printr-o atitudine rigidă cu atenţie forţată şi în orele sau zilele următoare o anxietate majoră, dificultăţi de somn, coşmaruri, o atitudine retrasă sau agitată. Această reacţie imediată poate să fie tranzitorie (de la câteva zile la maximum patru săptămâni) pentru ca apoi să dispară, dar ea poate să şi persiste sub forma unei stări de stres posttraumatic (vezi paragraful 1. 3).

Să reamintim că pentru Selye această reacţie (fizică şi psihică) la stres corespundea unei programări genetice şi că patologia provenea dintr-un exces de producţie de substanţe specifice (adrenalină etc.).

1.2. — PUNCTUL DE VEDERE PSIHODINAMIC

Cu totul alta este concepţia traumatismului din punct de vedere psihodinamic. P. Janet interpreta deja frecventa experienţă disociativă consecutivă unui traumatism ca rezultat al unei debordări fiziologice, o hiper-trezire şi care se afla la originea tulburărilor de memorie. O dată cu S. Freud, noţiunea de traumatism ocupă un loc central în teoria psihanalitică. El defineşte traumatismul mai întâi ca pe o experienţă trăită, sursă a unei excitaţii atât de mari încât mijloacele normale şi obişnuite nu pot fi suficiente, ceea ce determină apariţia unor tulburări (definiţia economică). „Par-excitarea" a suferit, din cauza traumatismului, o efracţie pe care toată energia psihică va încerca s-o îndiguiască. Astfel, prima teorie a nevrozei îi acordă traumatismului infantil real un rol crucial: seducţia sexuală reală exercitată de un adult asupra copilului va fi mai întâi refulată, dar, ulterior, la vârsta adultă, un eveniment fortuit poate să-i dea retroactiv o semnificaţie traumatică. Totuşi Freud va renunţa apoi la realitatea externă a „traumatismului": într-adevăr toţi copiii suferă ei oare o seducţie sexuală reală din partea adulţilor?

În „Inhibiţie, simptom, angoasă", situaţia traumatică devine internă: este numită traumatică situaţia în care Eul se teme de a fi fără apărare. Angoasa este semnalul de alarmă: rolul său este de a evita apariţia acestei situaţii traumatice. În consecinţă, excitaţiile pulsionale interne devin tot atât de „traumatice", cât şi ameninţările externe. În această ultimă ipoteză, accentul este pus pe fantasmele

în sine şi nu pe viaţa reală. Din acest moment, situaţia traumatică se caracterizează prin faptul că Eul este debordat în capacităţile lui de apărare: *„esenţa unei situaţii traumatice ţine de suferinţa resimţită de «Eu» în faţa acumulării excitaţiei, indiferent de originea externă sau internă"* (A. Freud). Nevroza traumatică (de origine externă) este ilustrarea clinică a primei situaţii, iar nevroza infantilă (de origine internă) ilustrarea celei de a doua.

Acest ultim model, cel al nevrozei infantile (v. cap. 17, 3.2.), va căpăta apoi o asemenea importanţă încât va avea tendinţa să acopere modelul nevrozei traumatice, aceasta din urmă fiind de altfel conceptual dominată de precedenta: excitaţia secundară traumatismului, debordantă şi nelegată, ia retroactiv sensul unei frici de castrare şi retrimite astfel la organizarea fantasmatică internă.

La copil, experienţa clinică arată frecvenţa situaţiilor zise traumatice şi dezorganizarea psihică care poate să rezulte de aici. Când vrem să reperăm situaţiile traumatice regăsim cele două definiţii date de Freud: exces de stimulare şi debordare a capacităţilor de adaptare ale Eului, sau prevalenţă a fantasmelor care ameninţă integritatea Eului.

În consecinţă, vor fi numite „traumatice" două tipuri de evenimente:

Pe de o parte, sunt traumatice situaţiile şi evenimentele care intră în rezonanţă cu dorinţele sau fricile fantasmatice actuale ale copilului în funcţie de nivelul său de maturizare. Astfel, o neînţelegere sau o separare parentală, în plină perioadă oedipiană, poate să meargă direct în sensul dorinţei oedipiene şi să suscite o culpabilitate intensă (v. cap. 22, 3.1.). În acest caz realitatea vine să întărească în mod nefericit imaginarul (creând o confuzie între înăuntru/în afară, fantasmă/realitate), ceea ce poate să determine o regresie şi chiar o dezorganizare gravă. „Aceste traumatisme exterioare devin interioare dacă intră în raport, sau coincid, cu realizarea de angoase profunde sau de fantasme de dorinţe sau atunci când le simbolizează" (A. Freud). În zilele noastre, tindem să renunţăm la termenul „traumatic" pentru descrierea acelor situaţii şi a consecinţelor lor care sunt mai degrabă numite patologii reacţionale sau tulburări de adaptare (v. paragraful 3), pentru a evita confuzia cu următoarele.

Pe de altă parte, sunt traumatice evenimentele de o asemenea natură sau intensitate încât depăşesc capacităţile de adaptare ale Eului copilului. Această definiţie care ţine cont de organizarea psihică internă duce la subdivizarea acestei categorii de evenimente astfel:

– cele care în ochii unui terţ observator nu ar reprezenta în mod necesar un „traumatism"; în schimb, copilul resimte o stare de suferinţă majoră care are efect de traumatism: exemplul tip este reprezentat de violenţele fizice între părinţi **sub ochii copilului**. O asemenea situaţie e **întotdeauna** traumatică, în sensul că depăşeşte capacităţile Eului copilului de a face faţă acestei situaţii (se pot descrie

două tipuri de reacție la copil: 1) refuzul de a vedea și de a auzi, cu atitudini de retragere, de fugă, ducând deseori la o incapacitate ulterioară de a face față situațiilor de conflict, de violență și de stres prin exces de refulare; 2) atenția forțată, cu o atitudine de siderare scotofilică ducând ulterior la o căutare activă de situații de conflict marcată de un exces de clivaj al Eului...);

– cele care, prin brutalitatea, masivitatea și violența lor, par să inunde într-o manieră sistematică, capacitățile subiectului de „a face față" (coping). Pentru aceste ultime situații ar trebui rezervați termenii de stres și traumatism.

1.3. — SINDROMUL DE STRES POST-TRAUMATIC LA COPIL

Introdus încă din 1980 în clasificările DSM, sindromul de stres post-traumatic survine în săptămânile care urmează unui traumatism grav pe care copilul l-a suferit (de exemplu, răpire) sau al cărui spectator a fost. Parametrii care trebuie luați în calcul pentru a evalua reacția sunt numeroși: natura traumatismului, intensitatea și durata expunerii, eventuala repetiție, vârsta și sexul copilului (fetele ar prezenta mai multe simptome decât băieții), nivelul de maturitate psihologică, calitatea legăturilor familiale, nivelul socio-economic și cultural, reacția individuală sau de grup (când ansamblul unei clase suferă un traumatism: accident de autocar...) (Pfefferbaum B., 1997).

Anchetele epidemiologice evaluează prevalența punctuală a stării de stres post-traumatic în Statele Unite între 1 și 14 % (Kessler *și colab.*, 1995) și a prevalenței pe viață până la 18 ani la aproximativ 6 % (Giaconia *și colab.*, 1995).

Ca și la adult, această stare cuprinde trei categorii de manifestări:

– un sindrom de repetiție;

– manifestări de evitare;

– simptome de hiperreactivitate neurovegetativă, care totuși la copil pot avea particularități semiologice.

Să reamintim că aceste tulburări durează mai mult de o lună și încep în primele trei luni după traumatism. Ansamblul duce la o stare de suferință psihică care afectează capacitățile de adaptare.

Sindromul de repetiție

Mai mult decât reviviscența-reminiscența traumatismului însuși, se pot observa la copil:

– jocuri repetitive, în care o parte a traumatismului este pusă în scenă (jocuri cu mașini mici cu accident, jocuri de păpuși cu agresiune etc.);

– desene, în care revine aceeași temă într-o manieră repetitivă;

– coșmaruri cu conținut cu atât mai imprecis cu cât copilul e mai mic;

– reacții uneori inadecvate prin intensitatea lor cu ocazia unei povești sau a unei istorisiri imaginare (la școală sau acasă);

Manifestările de evitare

Este vorba despre:

– refuzul de a merge cu un anumit mijloc de transport;

– refuzul unui traseu, al unui loc care seamănă sau poate să conducă la locul traumatismului;

– refuzul de a se separa de figurile de care este atașat cu o angoasă de separare, putând lua aspect de adevărate fobii școlare.

Celelalte manifestări descrise la adult (scăderea interesului, sentiment de detașare, tocire afectivă, sentiment de viitor eșuat...) sunt observate mai rar.

Hiperreactivitatea neurovegetativă

Ca și la adult, se pot observa:

– dificultăți de adormire, treziri nocturne;

– iritabilitate, accese coleroase;

– dificultăți de concentrare cu scăderea eficienței școlare;

– hipervigilență;

– reacții de alarmă exagerate la zgomot, la surpriză.

Sindrom sau simptome?

Sindromul de stres post-traumatic nu e totuși întotdeauna complet. Se pot întâlni toate stările intermediare de la reacții limitate la un domeniu sau la un comportament (de exemplu coșmaruri intense, cotidiene sau izolate, copilul păstrând în timpul zilei o atitudine calmă și chiar uneori cuminte; sau jocuri repetitive mai ales când copilul e singur) până la sindromul complet.

În plus, sunt frecvent asociate (comorbiditate) simptome de anxietate, de depresie, iar la copilul mai mare sau preadolescent consumul de substanțe (alcool, tutun, hașiș).

Prezența acestor simptome pune sub semnul întrebării validitatea actualei entități.

Abordarea psihopatologică actuală pare a se limita la o corelare a evenimentului cu simptomele, chiar dacă este evident că noțiunea de nevroză traumatică (v. mai jos) își păstrează interesul. Pe plan neuroendocrin, foarte puține lucrări au căutat la copil corelări endocrine (Pfefferbaum, 1997).

Abordări terapeutice

În realitate, sensibilizarea clinicianului la un răspuns terapeutic apropriat reprezintă interesul clinic esențial al acestei descripții clinice. Într-adevăr, ansamblul autorilor sunt de acord în a considera că răspunsul terapeutic este important. El trebuie să fie precoce. El cuprinde:

– o terapie individuală: terapie de susținere prin joc, psihoterapie scurtă de inspirație analitică, mai rar terapie comportamentală la copil. Jocul, desenul chiar psihodrama se pretează deosebit de bine la o repunere în scenă a traumatismului și la „abreacția" sa prin intermediul clarificărilor terapeutului. De asemenea a putut fi propusă relaxarea;

– o terapie de grup este indicată în mod deosebit atunci când mai mulți copii s-au confruntat împreună cu un traumatism (accident școlar), știind totuși că sunt posibile fenomene de contagiune (Gillis,1993);

– o terapie familială, în cazul în care membrii familiei au fost implicați, poate permite lupta împotriva atitudinilor de evitare, de negare, ajutându-l astfel pe copil să-și exprime dificultățile, ceea ce lui îi este frecvent greu să facă în fața disconfortului sau a suferinței pe care o percepe la apropiații săi;

– o prevenție școlară pe baza unor grupe de informare, de schimb și de discuție, eventual cu tehnici de jocuri de rol sau de povestiri, este utilă când traumatismul afectează un grup de copii;

– în schimb, este indicată o atitudine rezervată în ceea ce privește prescripția de psihotrope chiar dacă unele au putut fi utilizate punctual într-un scop pur simptomatic.

2. — EVENIMENTE DE VIAȚĂ ȘI FACTORI DE RISC

Pe lângă traumatismele descrise anterior, „evenimente de viață" foarte diferite pot reprezenta tot atâția factori de risc: numim „factori de risc" toate condițiile existențiale la copil sau în mediul său înconjurător, care antrenează un risc de morbiditate mintală superior celui observat în populația generală prin intermediul anchetelor epidemiologice. Acești **„factori de risc"** sunt astăzi bine cunoscuți:

– la copil, putem astfel să cităm: prematuritatea, suferința neonatală, gemelaritatea, patologia somatică precoce, separările precoce, o boală somatică cronică;

– în familie, putem cita: separarea parentală, neînțelegerea cronică, alcoolismul, boala cronică, mai ales a unui părinte, cuplul incomplet (mama celibatară), decesul;

– în sfârșit, în societate, putem cita: mizeria socio-economică, situația de migrant.

Aceste variabile nu sunt independente. Ele se întăresc frecvent prin efecte cumulative: de exemplu, mizeria socio-economică și prematuritatea.

Totuși se constată că natura situației patogene este variabilă: ea se pretează mai mult sau mai puțin analizei epidemiologice sau individuale. Astfel putem distinge:

– evenimente punctuale și reperabile (spitalizare, separare parentală, deces, naștere a unui frate mai mic, mișcare migratorie);

– situațiile cronice și durabile (insuficiență socio-economică, climat familial degradat) sau care au efecte prelungite (prematuritate).

Asamblarea „factorilor de risc" ne conduce la stabilirea scărilor de evaluare a riscurilor și a stresurilor și a unor „profiluri de riscuri" care ar trebui să aibă, conform autorilor lor, o valoare predictivă.

Totuși, majoritatea studiilor care definesc „factorii de risc" sunt retrospective, pornind de la o situație deviantă deja dovedită. În schimb, studiile prospective nu au avut același succes: *„nici un factor specific de risc nu ne permite să prezicem psihopatologia ulterioară. Din toate privințele, a fi născut și a fi crescut în mizerie amenință dezvoltarea în normalitatea sa. Totuși, chiar acest fapt indiscutabil lasă fără soluție două probleme importante. Mai întâi, predicția este statistică și nu individuală. Nu se poate prezice cine va fi perturbat sau va scăpa și cu atât mai puțin tipul sau gravitatea patologiei. În al doilea rând, nu se știe la ce vârste sau în ce perioade sărăcia acționează asupra funcționării copilului."* (S. Escalona).

Când ții cont de diferiții „factori de risc" definiți de anchetele retrospective pentru a pune la punct o anchetă prospectivă, ajungi în unele cazuri să înscrii până la 60% dintre copii ca fiind copii cu risc (Hersov), ceea ce anulează avantajele depistării selective, majorează serios limitele metodei și riscă să desemneze și să stigmatizeze o parte întreagă a populației fără beneficiu real pentru aceasta.

De altfel, o psihopatologie manifestă în mica copilărie nu prezice în mod necesar o inadaptare ulterioară. Astfel, putem considera că studiul factorilor de risc prezintă un interes epidemiologic cert, evidențiind factori psihosociali implicați în suferințele psihice; dar, la polul opus, el are un interes restrâns pentru evaluarea prognostică a unui individ. Așa cum subliniază A. Freud *„copilul este mai puțin vulnerabil decât procesul de dezvoltare însuși"*. Noțiunile de competență, de reziliență și de vulnerabilitate caută să depășească simpla evaluare a unui presupus „potențial înnăscut" pentru a lua în considerare mai mult capacitățile de a face față (coping), atât ale copilului cât și ale familiei, necesităților epigenezei.

2.1. — COMPETENȚĂ ȘI REZILIENȚĂ

Hartmann evocase deja o anumită „precapacitate de adaptare" a Eului, depinzând de echipamentul neuro-senzorial de bază (memorie, percepție, mobilitate etc.). Această expresie tinde să fie înlocuită în zilele noastre de cea de competență, care ține cont nu numai de echipamentul de bază, dar și de plasticitatea de adaptare a nou-născutului la mediul său înconjurător, de capacitățile lui de adecvare la maternajul pe care-l primește, de facultățile sale de a găsi în sine însuși mijloacele de a se stabiliza (de exemplu „consolabilitatea").

Această competență (v. definiția, cap 1) se referă atât la manipularea obiectelor, cât și la capacitățile de interacțiune. Pe lângă noțiunea de competență, noțiunea de coping (a face față) sau de stăpânire este evocată frecvent: „capacitate de a învinge activ un obstacol născut din exigențe interioare, din stresul mediului înconjurător și din conflicte între presiuni interne și din mediul înconjurător"... (Solnit).

Numeroase studii au arătat, datorită punerii la punct a unor scale de evaluare precise, extrema precocitate a apariției acestei competențe ca și variabilitatea sa de la un copil la altul, chiar la gemeni homozigoți (Cohen). Cu titlu de exemplu, Scala de Evaluare a Primei Săptămâni (First Week Evaluation Scale) ține cont de: sănătatea generală, atenția, funcționarea și adaptarea biologică, vigoarea, calmul și performanța neurologică. Dar scala care pare a fi cea mai utilizată este cea a lui T. B. Brazelton. Această „Scală de Evaluare a Comportamentului Neonatal" are drept scop să catalogheze comportamentul interrelațional al nou-născutului, adică să evalueze competența sa interactivă. Ea cuprinde 27 întrebări cu privire la comportament, notate de la 1 la 9, și 20 de reacții provocate, notate de la 1 la 3. În plus, sunt definite șase stări de vigilență ale nou-născutului. Caracteristica acestei scale este de a se fonda pe reacția cea mai performantă a sugarului și nu pe media reacțiilor (aceasta semnifică mai ales că unele reacții nu vor fi căutate decât în cursul stării de vigilență adecvate). Fiabilitatea acestei Scale pare satisfăcătoare în mâini antrenate. Această scală prezintă un dublu interes:

– în domeniul cercetării, ea permite comparații și evaluări mai fine decât simplul APGAR, asupra stării nou-născutului după modalitățile de naștere (de exemplu compararea unor nou-născuți care au primit medicamente anestezice prin intermediul mamei lor cu cei care nu le-au primit);

– în domeniul clinic, Scala Brazelton permite deja o evaluare a unor nou-născuți, mai ales când s-au născut în condiții dificile (prematuri) și de a judeca „iritabilitatea" lor, capacitatea lor de retragere sau „consolabilitatea" lor.

Mai recent, noțiunea de reziliență este folosită pentru a defini rezistența la patologie la unii indivizi confruntați cu factori de risc particulari. Această reziliență poate să aibă două origini: una internă subiectului cu competența sa proprie și cealaltă externă cu factori de protecție sau de rezistență la patologie.

2.2. — VULNERABILITATEA

Această a doua noțiune derivă inițial din lucrările lui Freud și a fost reluată de Bergman și Escalona prin intermediul ipotezei unei bariere protectoare împotriva „stimulilor". Pentru acești autori, această „barieră" prezintă o grosime variabilă în funcție de copii. În unele cazuri, bariera e prea subțire, de unde o sensibilitate excesivă fără posibilitatea de a se proteja împotriva intruziunilor sau greșelilor inevitabile ale exteriorului; în alte cazuri, bariera e prea groasă și mai ales prea etanșă, de unde o sensibilitate defectuoasă care nu permite Eului copilului să treacă prin experiențele precoce bune necesare. Această vulnerabilitate este în același timp de origine constituțională genetică, dar și construită prin structurarea epigenetică progresivă. Cu valoare de exemplu, în fața constatării mai marii frecvențe a tulburărilor psihopatologice în straturile cele mai defavorizate ale populației, nu trebuie să uităm, așa cum subliniază Erlenmeyer-Kimling, posibila interacțiune a acestor două serii de factori. Într-adevăr, „atât vulnerabilitatea genetică cât și un stres excesiv se regăsesc cu o frecvență disproporționată în straturile inferioare ale societății, dar faptul de a ajunge într-o situație inferioară poate de asemenea să scadă capacitatea individului de a face față la stres". Vulnerabilitatea care evocă sensibilitățile și slăbiciunile patente sau latente, imediate sau amânate, poate fi înțeleasă ca o capacitate (sau o incapacitate) de a rezista la constrângerile mediului înconjurător. Pe lângă dimensiunea genetică imposibil de negat, construcția epigenetică a vulnerabilității poate fi înțeleasă ca rezultatul percepției de către sugar și apoi de către copil a posibilității sale de a anticipa evenimentele și de a le modifica cursul prin propria sa competență sau, dimpotrivă, a incapacității sale majore de a influența cât de cât cursul evenimentelor. Cazul copiilor victime ale abuzurilor ilustrează dezvoltarea epigenetică a acestei vulnerabilități.

În concluzie, pe lângă factorii de risc propriu-ziși, sunt astfel definite variabile complementare: competența care reprezintă capacitățile de adaptare activă ale sugarului, ale copilului, la mediul său înconjurător, vulnerabilitatea (sau invulnerabilitatea) care rezultă din capacitățile sale de apărare pasivă, reziliența care descrie factorii interni și externi de protecție.

3. — PATOLOGIA REACŢIONALĂ ŞI TULBURAREA DE ADAPTARE

Patologia reacţională (CFTMEA) sau tulburarea de adaptare (CIM 10, DSM-IV) reprezintă manifestarea clinică presupusă a fi consecutivă evenimentelor de viaţă şi factorilor de risc (v. mai jos). Este astfel definită „o stare de suferinţă şi de perturbare emoţională care tulbură în mod obişnuit funcţionarea şi performanţele sociale, apărând în cursul unei perioade de adaptare la o schimbare existenţială importantă sau la un eveniment stresant".

Pe de-o parte, aceste manifestări clinice apar la puţin timp după eveniment (în cele trei luni care urmează: DSM-IV) şi, pe de altă parte, ele par a fi dependente de acesta (se presupune că nu ar fi apărut în absenţa evenimentului).

3.1. — CLINICA

Simptomele pot fi variabile (anxietate, tulburări de somn, instabilitate, scăderea performanţei sau eşec şcolar, manifestări depresive, tulburări de comportament: furt, fugă...). CFTMEA şi CIM 10 optează de fapt pentru absenţa descrierii semiologice. În schimb, DSM-IV enunţă mai multe subtipuri în jurul manifestărilor depresive, anxioase şi a tulburărilor de conduită. În toate cazurile, la copil această tulburare trebuie deosebită de anxietatea de separare patologică.

3.2. — CONSIDERAŢII ETIOLOGICE

Tulburările reacţionale sau de adaptare, prin prezenţa lor imposibil de negat, se opun la două conceptualizări reducţioniste: cea conform căreia „totul e organic" şi cea conform căreia „totul e psihodinamic", unde regăsim seria obişnuită a cuplurilor antitetice (exogen/endogen, psihogenetic/organogenetic, funcţional/organic): opoziţia dintre depresia reacţională exogenă psihogenă şi depresia endogenă organogenetică reprezintă caricatura lor.

Tulburările reacţionale sau de adaptare impun astfel să se ţină cont, pe lângă determinismul biologic sau psihologic, de o a treia categorie de factori: cei ai mediului.

Totuşi, aceste trei categorii nu sunt independente. Definiţia pe care o dăduse Jaspers „reacţiei adevărate" ca fiind aceea *„al cărei conţinut este în raport comprehensibil cu evenimentul, care nu s-ar fi născut fără el, şi a cărei evoluţie depinde de eveniment şi de raporturile sale cu el"* nu mai apare ca o asimptotă ideală, ci ca o realitate clinică.

Cu copilul al cărui psihism este în evoluţie şi maturizare constantă, o reacţie suscitată de un eveniment extern va putea dispare în acelaşi timp cu acel eveniment fără ca evoluţia maturativă normală să fie vreodată influenţată.

3.3. — ABORDARE PSIHOPATOLOGICĂ

Revenim astfel la opoziţia dintre stres (înţeles ca o reacţie programată genetic) şi traumatism (înţeles ca o stare de copleşire a capacităţilor de adaptare). Primul ar defini o reacţie tranzitorie fără legătură cu construcţia epigenetică a subiectului; cel de-al doilea ar descrie inscripţia unei urme în istoria subiectului, urmă care poate să rămână silenţioasă sau să devină zgomotoasă în funcţie de exigenţele de dezvoltare ulterioare.

De fapt, experienţa clinică, pe de-o parte, câteva studii longitudinale, pe de altă parte, par a arăta relativa persistenţă a tulburării: la trei până la cinci ani după un diagnostic iniţial de tulburare de adaptare, două treimi dintre copii şi adolescenţi prezentau încă tulburări ale atenţiei, tulburări anxioase, comportament de opoziţie, personalitate evitantă etc. (Cantwell şi Baker, 1989).

Aceste manifestări arată că un punct de vedere pur situaţional trebuie să fie depăşit în favoarea unei înţelegeri care să ţină cont de dinamica interiorizării conflictului şi de importanţa potenţialei fixări a acestei interiorizări asupra dezvoltărilor (v. paragraful 1.2.).

3.4. — CONCLUZIE

Natura evenimentelor de viaţă, stres şi factori de risc ar trebui să facă obiectul unei mai mari atenţii deosebindu-se evenimentele unice, punctuale, care nu implică persoanele apropiate şi valorile familiei (de exemplu un accident de autobuz, o confruntare cu o scenă violentă ca un furt...) şi, pe de altă parte, evenimentele care durează şi se repetă, implicând persoanele apropiate şi valorile familiei (de exemplu scene de violenţă familială, o situaţie de migrant, o boală cronică sau decesul unei persoane din familie...).

Dacă în primul caz o tulburare de adaptare poate să apară tranzitoriu şi apoi să dispară „fără sechele", în cel de-al doilea caz lucrurile stau cu totul altfel: apare uneori factice să regrupăm sub acelaşi nume manifestări clinice cert identice, dar al căror grad de interiorizare şi influenţă asupra proceselor de dezvoltare vor fi deosebit de diferite.

BIBLIOGRAFIE

ANTHONY E.J., CHILAND C., KOUPERNIK C.: *L'enfant a haut risque psychiatrique*. PUF, Paris, 1980, 1 vol., 550 p.

ANTHONY E.J., CHILAND C., KOUPERNIK C.: *L'enfant vulnérable* (serie de articole). PUF, Paris, 1982, 1 vol., 506 p.

BRAZELTON T.B.: Echelle d'évaluation du comportement néonatal. *Neuropsychiat. Enf.*, 1983, *31*, 2-3, 61-96.

CANTWELL D.P., BAKER L.: Stability and natural history of DSM-III childhood diagnosis. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1989, *28*, 691-700.

ESCALONA S.K.: Programmes d'intervention pour les enfants à haut risque psychiatrique. *In: L'enfant a haut risque psychiatrique.* PUF, Paris, 1980, 61-73.

FREUD S.: *Inhibition, symptôme, angoisse.* PUF, Paris, 1951.

GIACONIA R.M., REINHERZ H.Z., SILVERMAN H.B., PAKIZ B., FROST A.K., COHEN E.: Traumas and post-traumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 1995, *34*, 1369-1380.

GILLS H.M.: Individual and small-group psychotherapy for children involved in trauma and disaster. *In: Children and disasters,* Saylor C.F. ed., New York: Plenum, p. 165-186.

HERSOV L.A.: Risque et maîtrise chez l'enfant: les facteurs génétiques et constitutionnels et les premières expériences. *In: L'enfant à haut risque psychiatrique.* Anthony-Chiland-Koupernik. PUF, Paris, 1980, 91-102.

KESSLER R.C., SONNEGA A., BROMET E., HUGHES M., NELSON C.R.: Post-traumatic stress disorder in the national comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry,* 1995, *52*, 1048-1060.

NAGERA H.: *Les troubles de la petite enfance.* PUF, Paris, 1969.

PELICIER Y.: Réaction et troubles de la personnalité. *Conformité psychiatrique.* Specia, Paris, 1974, *12*, 7-17.

PFEFFERBAUM B.: Post-traumatic stress disorder in children: a review of the past 10 years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1997, *36*, 1503-1511.

SOULÉ M., SOULÉ N.: Les troubles réactionnels en psychiatrie de l'enfant. *Confrontations psychiatriques,* Spécia, Paris, 1974, *12*, 63-80.

22 COPILUL ÎN FAMILIA SA

Acest capitol abordează studiul copilului în familia sa. Deşi evoluţia culturală este foarte rapidă, familia nucleară, adică ansamblul tată–mamă–copil, rămâne modul de organizare socială cel mai frecvent în societatea noastră occidentală: continuă să servească drept model şi de referinţă în pofida numeroaselor critici care i se adresează.

A studia acest subiect înseamnă nu numai să vorbeşti despre copilul real, dar şi despre copilul aşa cum există el în dorinţa şi în fantasmele mamei, tatălui şi ale cuplului parental. Aceasta e echivalent cu a pune o dublă întrebare: ce este „dorinţa de a avea un copil"? Ce acoperă „funcţia parentală"? Locul pe care-l ocupă copilul într-o familie provine în acelaşi timp din imaginarul parental (copilul pe care, dinainte de concepţia sa, părinţii îl au în minte), dar şi din maniera în care copilul real se mulează pe acest imaginar, dat fiind competenţele sale proprii (bebeluşul interactiv, vezi p. 40) şi din posibilul şi imposibilul travaliu psihic parental de reamenajare fantasmatică (doliul copilului din fantasmă pentru a se adapta la copilul din realitate). Dorinţa de copil, aşa cum este resimţită conştient de unul şi/sau celălalt dintre părinţi, variază la infinit în motivaţiile şi expresiile sale: a-şi dovedi fertilitatea, a-şi afirma statutul de adult, a dori să fie însărcinată, a dori un băiat, o fată, a dori un copil cu acest partener, a face ceea ce vor părinţii, a încerca să-şi trateze o depresie, o neînţelegere în cuplu, înlocuirea unui copil pierdut etc. Aceste motivaţii conştiente maschează în realitate dispoziţiile preconştiente şi inconştiente ale adulţilor în situaţia de a fi părinţi: ele se situează chiar în centrul problematicii oedipiene şi a înscrierii fiecăruia în destinul său. Copilul trebuie astfel să-şi găsească locul în dinamica psihică a individului (ţinând cont de problematica oedipiană a fiecăruia), a cuplului (care frecvent concretizează prin intermediul copilului un ideal viitor), a familiei (care îi înscrie pe toţi ai săi în mitologia familială). Înţelegem complexitatea „funcţiei parentale", imposibilă meserie zicea Freud, date fiind faţetele sale multiple.

În ceea ce ne priveşte, ne propunem să distingem trei ordini de parentalitate care organizează fiecare un ax relaţional principal, chiar dacă în realitatea clinică

aceste trei „ordini“ sunt larg dependente una de cealaltă, cu atât mai dependente cu cât ne situăm în registrul normalității. Vom descrie astfel foarte succint ordinea tehnocratică, ordinea capitalistă, ordinea simbolică și le vom regrupa într-un tablou sintetic (v. tabelul).

Ordinea tehnocratică constă în a crește un copil. Știința care se ocupă cu aceasta este puericultura și mai ales în zilele noastre etologia umană. Este vorba despre bebelușul real interactiv, cu care adultul este confruntat într-o relație diadică al cărei prototip rămâne relația mamă–copil. Fantasma care impregnează această ordine este „fantasma de seducție“, a cărei expresie conștientă este întrebarea pe care și-o pune orice mamă: „oare voi fi capabilă să mă ocup de acest copil?“, ceea ce la nivel inconștient s-ar putea traduce prin: „voi fi capabilă să-mi seduc copilul?“.

Ordinea capitalistă trimite la dorința sau la nevoia de a avea un copil. Știința care se ocupă în primul rând de aceasta este ginecologia-obstetrica, cuprinzând și derivatele sale cele mai recente marcate de tehnicile „moderne“ de procreare artificială. Avem aici bebelușul fantasmatic cu care adultul se confruntă, cel care vine să ocupe loc în nevroza oedipiană a fiecăruia în sânul unei relații triangulare sincronice al cărei prototip este relația tată–mamă–copil. Fantasma care impregnează această ordine este „fantasma scenei primitive“, iar una dintre expresiile sale conștiente este „voi putea avea un copil?“, ceea ce la nivel inconștient s-ar putea traduce prin: „voi fi capabilă să iau locul mamei/tatălui meu în camera parentală?“.

Ordinea simbolică înseamnă să fii părinte. „Știința“ care corespunde acestei ordini ar putea fi etnologia și religia. Este vorba aici despre bebelușul și apoi copilul imaginar, cel pe care părinții proiectează să-l înscrie în istoria familială, în sânul unei relații triangulare diacronice transgeneraționale al cărei prototip este relația dintre bunici–părinți–copii. Fantasma care impregnează această ordine este „mitul originilor“, iar una dintre expresiile sale conștiente la părinți în legătură cu copilul lor este întrebarea: „ce va deveni el/ea oare?“ și al cărei ecou este la copil „de unde provin eu?“.

Observațiile precedente sunt mai întâi repere destinate să arate complexitatea acestei funcții parentale. În numeroase culturi aceste diverse ordine de parentalitate nu sunt întotdeauna asumate de aceleași persoane: genitorii nu sunt în mod necesar cei care cresc copilul, nici cei pe care copilul îi numește „tată“ sau „mamă“. O dată cu adopția, plasamentul în instituție sau în familie de primire, tehnicile de procreare artificială, se observă și în societatea noastră această disjuncție între faptul de a avea un copil, de a crește un copil sau de a fi părinte. Totuși, în majoritatea cazurilor, conjuncția acestor trei ordini de parentalitate asupra acelorași persoane poate să fie considerată drept una dintre caracteristicile societăților noastre occidentale: complexitatea astfel evidentă a funcției parentale se află ea oare la baza complexității crescânde a acestor societăți?

TABEL VII.– *Reprezentare schematică a diferitelor tipuri de parentalitate*

Tip de parentalitate	**Ordine tehnocratică**	**Ordine capitalistă**	**Ordine simbolică**
Funcție	Să crești un copil	Să ai un copil	Să fii părinte
Știința fondatoare	Puericultura	Ginecologia Obstetrica	Etnologia Religia
Persoane implicate	Mamă/Copil	Tată/Mamă/Copil	Familie/Copil
Tip de relație	Diadică	triangulară sincronică	Transgenerațională diacronică
Tip de bebeluș	Bebeluș interactiv	Bebeluș fantasmatic	Bebeluș imaginar
Fantasma activă	Fantasma de seducție	Fantasma scenei primitive	Fantasma originilor

Această complexitate explică și eșuările multiple ale funcției parentale. Fără să credem într-o cauzalitate simplistă de tip linear, este evident că „familia“ joacă un rol fundamental atât în dezvoltarea normală cât și în apariția de condiții psihopatologice. Nu există practic nici un capitol în această carte în care să nu se facă implicit referință la contextul familial: tulburare psihosomatică precoce, bâlbâială, psihoză a copilului etc. Obiectul acestui capitol nu este să regrupeze aici aceste axe psihopatologice diverse. Nu am reținut decât perturbările în care familia apare ca factor cauzal esențial. Vom aborda astfel succesiv problema carenței afective, apoi deviațiile patologice ale relației părinți–copii (copii victime ale maltratării fizice, părinți bolnavi mintal, copii victime ale incestului sau incestuoși); în sfârșit, problemele ridicate de familiile incomplete sau în criză (divorț, mamă celibatară), pentru a sfârși cu adopția.

1. — CARENȚA AFECTIVĂ

Carența afectivă a făcut obiectul unor cercetări importante din anii 1940 până în anii 1960, într-o epocă în care eficacitatea terapeutică nou obținută mai ales datorită antibioticelor a permis să privim mai critic condițiile de creștere ale sugarilor, supuse până atunci la imperative de igienă foarte riguroase. Lucrările

lui L. Bender, L. Despert, ale lui Spitz în Statele Unite, ale lui A. Freud, ale lui Bowlby în Anglia, ale lui J. Aubry, ale lui M. David în Franța, sunt dovezi ale interesului față de această problemă. În zilele noastre, noțiunea de carență a îngrijirilor materne își păstrează un loc privilegiat, dar într-o optică ușor modificată: într-adevăr, nu mai este vorba astăzi să ne îndoim sau să contestăm nocivitatea condițiilor de creștere în instituție descrise de Spitz, ale plasamentelor prelungite, ale spitalizărilor repetate (frecvent din motive superficiale); în schimb atenția se îndreaptă acum asupra ceea ce am putea numi „hospitalismul intrafamilial", în familii care par a nu putea da sugarului sau copilului lor diversele stimulări necesare. Aceste „familii-problemă", „familii cu risc", sau „familii fără calități" reprezintă noul câmp al acțiunii medico-sociale.

1.1. — DEFINIȚII

Carența afectivă este multiplă, atât în natura cât și în forma sa. Este imposibil să o definim într-o manieră echivocă pentru că trebuie să ținem cont de trei dimensiuni în interacțiunea mamă-copil:

– insuficiența de interacțiune care trimite la absența mamei sau a substitutului matern (plasament instituțional precoce);

– discontinuitatea legăturilor care pune în cauză separările, oricare ar fi fost motivele lor;

– distorsiunea care caracterizează contribuția maternă (mamă haotică, imprevizibilă).

1.2. — CLINICĂ

Nu există semiologie proprie copilului în starea de carență afectivă, cu excepția poate a tabloului descris de Spitz sub numele de „hospitalism" și a cărei raritate actuală trebuie să o recunoaștem.

Carența afectivă produce efecte variabile în funcție de natura sa (insuficiență, distorsiune sau discontinuitate), dar și în funcție de durata sa, de vârsta copilului, de calitatea maternajului care l-a precedat. Toate aceste variabile explică diversitatea semiologică evolutivă și prognostică observată în tablourile grupate probabil greșit sub numele de carență afectivă. A fost propus termenul mai general de dezaferentare deoarece este mai neutru (Ajuriaguerra).

Vom studia separat efectele proprii celor trei mari tipuri de carențe pe care le-am definit: claritatea didactică cere această distincție, chiar dacă, în clinică, interferențele sunt frecvente, ca și efectele cumulative: de exemplu, discontinuitatea legăturilor se asociază deseori cu carența prin distorsiune.

Semiologia carenței prin insuficiență: hospitalismul și carența parțială

Să reamintim că, în lucrarea sa princeps, Spitz a comparat dezvoltarea psihoafectivă a două populații de copii. Pe de-o parte, copii cu mame delincvente într-o instituție penitenciară: fiecare mamă, în ciuda patologiei sale, se ocupa de copilul său în timpul zilei cu ajutorul unei infirmiere competente. Pe de altă parte, copii plasați în orfelinate, primind îngrijiri igieno-dietetice fără cusur, dar lipsindu-le toate contactele umane calde în marea parte a zilei. Reacția de hospitalism se observă în cea de-a doua populație, și nu apare în prima decât după o separare de mamă.

Spitz a descris trei faze: faza de plâns, faza de geamăt, de pierdere în greutate și de oprire în dezvoltare, faza de retragere și de refuz al contactului, ajungând la tabloul de „depresie anaclitică", deja descris în cap. 18, 1.3.

Pe plan metodologic, această lucrare a fost criticată din cauza absenței explorărilor somatice complementare. Anumiți pediatri au emis astfel ipoteza conform căreia copiii descriși de Spitz erau în realitate în perioada de incubație a unei maladii infecțioase sau erau poate atinși de encefalopatii evolutive. Dar aceasta nu schimbă cu nimic extraordinara funcție de sensibilizare pe care această lucrare a avut-o în epocă.

Actualmente, instituțiile care se ocupă de sugari au conștientizat în majoritatea lor pericolele carenței afective: s-au depus peste tot eforturi pentru a limita numărul persoanelor (uneori foarte crescut dacă facem efortul să-l evaluăm cu precizie) care vin în contact cu copilul, pentru a favoriza contactele maternante, și mai ales pentru a evita plasamentele instituționale. Se poate considera astăzi că, în țările occidentale, hospitalismul descris de Spitz a devenit o raritate.

În schimb, se întâmplă să descoperim în sânul familiilor neglijente cazuri de „hospitalism intrafamilial" tipice, uneori ignorate mult timp inclusiv de către medicii generaliști. Prea frecvent, încă, se întâlnesc fie în anumite instituții, fie în familii cazuri de carență afectivă sau de **hospitalism parțial.** Acești sugari bine descriși de G. Appel (1982, 1983) prezintă un ansamblu de manifestări simptomatice difuze care trebuie bine cunoscute, pentru că unele comportamente pot să-l inducă în eroare sau să-l liniștească în mod fals pe clinician. Această **carență parțială** se observă tipic la sugarii între 5/6 luni și 2-3 ani. Se pot observa:

– frecvența tulburărilor cu aspect psihosomatic și/sau a infecțiilor intercurente: otite, rino-faringite, răceli, vărsături. Uneori se observă un retard staturo-ponderal;

– tonusul copilului este specific, cu un fel de corp „clivat", hipertonic în

jumătatea superioară, hipotonic în jumătatea inferioară: membrele superioare sunt în extensie, pumnii închişi (frecvent degetul mare este în interiorul pumnului închis, ceea ce este un semn foarte caracteristic de lipsă de stimulare la prindere, în jocul cu obiectele); membrele inferioare sunt hipotonice, în rotaţie externă, uneori în extensie; mişcările de pedalare, atât de caracteristice copiilor la această vârstă când sunt bucuroşi, lipsesc în general;

– copilul este uneori ca „agăţat de degetul mare" pe care-l suge cu un aer absent timp îndelungat;

– poate să fie dificil să-i întâlneşti privirea, care pare să „plutească" şi să fie atrasă ca un fluture de tot felul de detalii având unele dificultăţi să se centreze pe interacţiunea cu adultul;

– există o facilitate aparentă de contact, copilului plăcându-i să fie purtat, agăţat de un adult. Totuşi o analiză mai fină arată caracterul nediferenţiat al acestui contact, inclusiv la o vârstă la care copilul este reticent în faţa unui străin în mod normal. Copilul care suferă de carenţă parţială pare să ia „orice adult care este la îndemâna sa";

– în interacţiunea propriu-zisă, în spatele uşurinţei aparente de contact, constatăm o pasivitate, o supunere la interacţiune. În afara faptului de a fi purtat în braţe, copilul nu pare a fi activ în schimbul respectiv. De exemplu, există puţină sau nu există deloc activitate exploratorie a feţei adultului ca la sugarul normal; în schimb, poate să se arate foarte repede intolerant la cea mai mică frustrare, mai ales dacă începe să fie mângâiat; atunci poate să devină „capricios", „coleric" în ochii adulţilor;

– apoi, dacă dezvoltarea motorie este în general satisfăcătoare (poziţie aşezată, deplasare în patru labe, mers), dezvoltarea „socială" este în general aproape întotdeauna întârziată. În mod deosebit apare o întârziere în dezvoltarea limbajului (între 2 şi 4 ani); interacţiunile sociale de joc cu copiii de aceeaşi vârstă sunt în general sărace şi, când există, sunt dominate îndeosebi de schimburi agresive (acceptarea şi toleranţa la partaj sunt în general inexistente).

Dacă nu sunt tratate cauzele acestei carenţe parţiale, aceşti copii vor putea dezvolta ulterior tablouri mai complexe în registrul unei dizarmonii de evoluţie (v. cap. 18, 2.2).

Carenţa parţială şi, *a priori*, hospitalismul intrafamilial participă la o formă de maltratare a copilului şi necesită intervenţii medico-sociale specifice (v. cap. 26, 3.).

Semiologia discontinuităţii legăturilor: separarea

Separarea mamă–copil rămâne un eveniment prea frecvent în condiţiile de viaţă actuale, deşi i se cunosc urmările nefaste. Bowlby a descris cele trei stadii ale reacţiei la separare:

– faza de protest;
– faza de disperare;
– faza de detaşare;

Într-o perspectivă psihodinamică este posibil să interpretăm aceste trei faze după cum urmează:

– protest: expresie a durerii şi a suferinţei;
– disperare: manifestare a depresiei şi a doliului;
– detaşare: travaliu psihic de apărare şi de reconstrucţie.

Această reacţie este deosebit de intensă la copilul de la 5 luni la 3 ani; repetarea separărilor pare de asemenea a fi foarte nocivă, deoarece copilul dezvoltă rapid o sensibilitate extremă şi o angoasă permanentă care se traduce printr-o dependenţă excesivă de mediul său înconjurător (reacţia de **ataşament angoasat** descrisă de Bowlby). În afara manifestărilor legate direct de separare se observă, mai ales când se prelungeşte separarea:

– o oprire frecventă a dezvoltării afective şi cognitive cu căderi uneori spectaculare ale QD şi QI;
– perturbări somatice: mare fragilitate la infecţii, îmbolnăviri frecvente;
– tulburări psihosomatice (anorexie, enurezis, tulburări de somn);
– simptomatologia descrisă în cadrul depresiei şi asupra căreia nu vom reveni aici;
– la copilul mai mare, dificultăţile de adaptare la şcoală, tulburările de comportament sunt obişnuite.

Evoluţia depinde de vârsta la momentul separării şi de durata acesteia. Ainsworth a rezumat într-o manieră pertinentă aceşti factori într-un raport OMS:

1. Repararea daunelor care rezultă dintr-o separare frustrantă de scurtă durată pare să fie destul de rapidă şi destul de completă în ceea ce priveşte comportamentul în condiţii obişnuite. Există totuşi motive de a considera că subiectul rămâne vulnerabil la ameninţările de separare care ar putea interveni mai târziu: în alţi termeni, ar exista cel puţin o daună „mascată" care interzice să se vorbească de reversibilitate completă.

2. Suprimarea carenţei, chiar după experienţe frustrante destul de prelungite în prima copilărie, poate să ducă la o ameliorare rapidă şi considerabilă a comportamentului manifest şi a funcţiilor intelectuale generale; totuşi, apariţia vorbirii poate să întârzie, deşi carenţa se opreşte înainte ca subiectul să fi atins vârsta de douăsprezece luni, şi nu se poate exclude posibilitatea existenţei unor efecte asupra altor aspecte specifice ale proceselor intelectuale şi ale funcţiilor personalităţii atât timp cât cercetări aprofundate nu vor fi făcut lumină asupra acestor aspecte.

3. Atunci când este gravă şi prelungită, când debutează la începutul primului an de viaţă şi persistă timp de trei ani, carenţa are în general efecte foarte

grave și care par ireversibile atât asupra proceselor intelectuale, cât și asupra personalității.

4. Atunci când încep în cursul celui de-al doilea an de viață, episoadele de carență gravă și prelungită au asupra personalității unele efecte defavorabile, care sunt în același timp profunde și durabile, dar afectarea inteligenței pare a fi în general complet reversibilă.

5. Efectele vârstei, la începutul și la sfârșitul experienței de carență, condiționează incontestabil reversibilitatea daunei, dar ele nu se cunosc destul de detaliat pentru a fixa limitele precise pentru un anumit proces la o fază sensibilă a dezvoltării.

6. Într-o manieră generală, se poate spune că, cu cât sugarul este mai puțin avansat în primul său an de viață în momentul în care carența a luat sfârșit (și deci cu cât carența a fost mai puțin lungă), cu atât dezvoltarea ulterioară va avea șanse să fie normală; după primul an, cu cât copilul era mai în vârstă când a debutat carența, cu atât repararea daunei cauzate de o experiență de o anumită durată va fi ușoară și completă.

7. Anumite alterări par a fi mai greu și mai puțin reversibile decât altele; este cazul celor care afectează funcția verbală, funcția de abstractizare și aptitudinea de a lega atașamente interpersonale profunde și durabile.

8. O psihoterapie intensivă, mai ales practicată când copilul este încă foarte tânăr, permite frecvent atenuarea considerabilă a unor efecte foarte grave pe care simpla suprimare a carenței nu reușește să le facă să dispară.

9. Episoadele ulterioare de insuficiență, de distorsiune sau de discontinuitate a relațiilor interpersonale pot să întrețină sau să facă să reapară alterări care, altfel, ar fi fost mai mult sau mai puțin complet reversibile.

Semiologia carenței prin distorsiune: familiile–problemă

Dacă efectele absenței relației sau separării mamă–copil sunt bine cunoscute, este mai recentă atenția îndreptată asupra familiilor care trăiesc în condiții socio-economice dificile, familii în care riscurile de morbiditate fizică și mintală par deosebit de ridicate pentru copii. Într-adevăr, din diverse anchete epidemiologice realizate pe o scară destul de mare, rezultă în mod regulat o constantă: *„singura populație cu risc crescut care să fie definită este constituită de copiii crescuți într-o mizerie intensă și cronică"* (Escalona).

Profilul acestor familii nu este desigur univoc, dar se regăsesc constant unele trăsături. La nivelul cuplului parental, mizeria socială cronică este constantă, inserția profesională a șefului de familie mereu aleatorie și instabilă. Istoria cuplului prezintă numeroase rupturi și noi uniuni mai mult sau mai puțin tranzitorii. Alcoolismul, violența relațiilor dintre adulți sunt obișnuite. Este rar ca familia să fie incompletă, constituită doar de figuri materne (bunică, mamă și copii), dar, în schimb, figurile masculine ocupă frecvent un loc anex (șomaj, absență prelungită, invaliditate, spitalizare...).

Rareori copiii au o dezvoltare normală. Fratriile sunt numeroase. Distanțele dintre nașteri totdeauna scurte și scurtate și de incidentele obstetricale ale mamei. În mica copilărie, manifestările simptomatice ale carenței parțiale nu sunt rare. Uneori predomină manifestările atașamentului anxios. În toate cazurile, episoadele somatice și carențele de îngrijire sunt pe prim plan chiar dacă unii bebeluși par a beneficia de aport afectiv suficient.

Formă particulară de maltratare a copilului, această „neglijență" trebuie să facă obiectul unei intervenții de îngrijire a copilului și de acțiuni medico-sociale la nivelul familiei, cu atât mai mult cu cât numeroși autori semnalează o rată a mortalității infantile mai ridicată decât media, oricare ar fi cauzele (Diatkine).

La copilul de vârstă preșcolară și școlară, limbajul este constant perturbat, uneori cu retard masiv: tulburări de articulare, dar și sărăcie a stocului verbal, agramatism (neutilizare a „eu"-lui, proastă utilizare a pronumelor). Dificultățile intelectuale sunt constante: majoritatea copiilor se situează în zona de debilitate limită sau ușoară (QI între 55 și 85), în timp ce prima dezvoltare s-a efectuat normal. O dată cu vârsta, tulburările de comportament sunt frecvente, amestecând uneori inhibiția și/sau retragerea cu atitudini de prestanță sau comportamente antisociale. Nu este de mirare constanța eșecului școlar.

Psihozele infantile nu par să fie deosebit de frecvente în această populație, ca și organizările nevrotice bine structurate. În schimb, patologia comportamentală, trecerea la act sunt frecvente. Acest tip de simptomatologie asociat cu dizarmonia cognitivă evocă patologia „limită" descrisă în cap. 20, 1.

Viitorul îndepărtat este dominat de posibilitățile de adaptare socială: riscul de marginalitate, de delincvență și de psihopatie este deosebit de mare. Se regăsește frecvent în istoria adolescenților devianți, acest context de „familie-problemă", cu obișnuita devalorizare de sine, absența de ideal satisfăcător al Eului și eșecuri foarte primitive în investiția narcisică a selfului.

Abordare psihopatologică

Fiecare tip de carență descris mai sus trimite, se pare, la o perioadă critică specifică și pune în joc mecanisme psihopatologice diferite.

În carența prin insuficiență, rolul lipsei de aport afectiv libidinal este prevalent. La adult, dezaferentarea senzorială totală (experiență de deprivare) poate să provoace, se știe, tulburări serioase de tip „halucinoză", tulburări uneori însoțite de o anumită obnubilare și de o stare confuzională. În același timp, subiecții caută activ o sursă exterioară de stimulare și de companie într-un climat de anxietate care poate să fie viu. Nu trebuie desigur să facem o echivalență

directă între privarea senzorială tranzitorie şi reversibilă a unui adult cu psihismul deja structurat şi trăirea unui sugar în situaţie de carenţă afectivă şi/sau senzorială. Totuşi, pentru Lebovici şi Soulé, *„situaţia de izolare a aferenţelor produce o deplasare în care echilibrul dintre datele intero, proprio şi exteroceptive se face în detrimentul ultimelor şi în favoarea primelor. Această modificare de echilibru dinamic modifică frontierele Eului şi alterează sentimentul identităţii personale"*. De altfel, după Spitz, pulsiunile agresive nemaigăsind obiect pentru descărcarea lor, se întorc spre Eul sugarului într-o epocă în care Eul este încă prea dezorganizat pentru a fi putut să ia corpul drept obiect de investiţie libidinală (narcisism secundar): aceasta ar explica absenţa sau epuizarea rapidă a autostimulărilor, apoi starea de mizerie fiziologică.

Psihopatologia separării, mai ales când s-a stabilit o legătură afectivă (după 5-6 luni) trimite la problematica pierderii de obiect (v. depresia cap. 18). Totuşi, pentru Bowlby, frustrarea provocată de nesatisfacerea nevoii primare de ataşament ar explica reacţia de furie, apoi de ostilitate la adresa figurii frustrante.

În ceea ce priveşte carenţa prin distorsiune, factorii sociologici, economici şi chiar politici au în mod evident o responsabilitate foarte importantă; nu se pune problema să-i negăm. De fapt, serviciile sociale se întreabă mereu asupra utilităţii acţiunii lor când nu iau în calcul această dimensiune. Totuşi o abordare individuală evidenţiază perturbări particulare la nivelul funcţionării psihice.

Pentru G. Diatkine, o parte dintre aceste tulburări, mai ales dificultăţile cognitive, ca şi întârzierea în vorbire, ar fi imputabile principalelor moduri de comunicare intrafamilială. Astfel, în aceste familii se observă o dispariţie a tuturor cuplurilor antitetice în jurul cărora se structurează nu numai viaţa, dar şi gândirea copilului: noapte/zi, foame/saţietate, prezenţă/absenţă, curat/murdar, lipsă/satisfacţie, iubire/ură..., nu au semnificaţie: copilul este hrănit când adultul se gândeşte la aceasta, este culcat sau trezit la orice oră, adulţii apar sau dispar fără motiv, se iubesc sau se bat alternativ. Copilul nu pare niciodată investit ca şi individ; într-adevăr, ansamblul fratriei constituie cel mai frecvent şi într-o manieră mai mult sau mai puţin indistinctă, sprijinul narcisic necesar părinţilor (ceea ce explică dificultăţile în a accepta o contracepţie regulată şi eficace). Această absenţă totală de repere, neputinţa completă în care se găseşte copilul de a putea modifica sau doar de a spera să-şi modifice mediul, par să golească de orice sens utilizarea proceselor mintale. De asemenea, în faţa angoasei permanente, a traumatismelor fără sfârşit, neorganizarea psihică, cu o simplă adaptare de suprafaţă, pare să fie calea cea mai puţin periculoasă.

Pe plan structural, într-adevăr, aceşti copii care trăiesc în sânul unor familii-problemă nu par să fi putut diferenţia Supraeul lor (rămas totdeauna foarte arhaic, apropiat de Supraeul matern primitiv atotputernic) de idealul Eului (marcat înainte de toate de vid, absenţă şi neputinţă). Această carenţă narcisică de bază este negată tot timpul fie prin adaptarea fragilă de suprafaţă, fie prin trecerea la act: ea va rămâne frecvent, în timpul vieţii copilului şi mai ales a adolescentului şi a viitorului părinte, falia fundamentală care determină reproductivitatea acestei patologii de la o generaţie la alta: adultul devenit părinte nu va avea nici o imagine parentală interiorizată pe care să se bizuie, îşi va investi copiii ca suport narcisic şi va reproduce situaţia de carenţă.

2. — PATOLOGII AFECTIVE ŞI MINTALE ALE PĂRINŢILOR

Boala mintală a unuia sau a ambilor părinţi constituie „un factor de risc" cert, dar a cărui pondere este diferit apreciată. Aceste fluctuaţii depind de rigoarea utilizată pentru diagnosticul psihiatric al părinţilor. Astfel, cu titlu de exemplu, riscul de boală mintală la un ascendent în caz de psihoză infantilă variază între 0% şi 43,3%; în ultimul caz, autorul (Bender) reţine ca diagnostic: schizoidie probabilă.

Luarea în considerare a tulburărilor de natură nevrotică fac evaluarea dificilă datorită subiectivităţii criteriilor alese: totuşi, este cert că perturbările psihoafective la părinte/părinţi sunt statistic corelate cu apariţia de tulburări de comportament.

Cu titlu de exemplu vom trata succesiv cazul părintelui/părinţilor psihotic(i), apoi pe cel al părintelui/părinţilor deprimat(ţi).

2.1. — PĂRINŢI PSIHOTICI

Evaluare – Statistică

Pentru Rosenthal, riscul de morbiditate la copil este de 10% cu un părinte schizofren şi de 30% cu cei doi părinţi schizofreni.

Evaluarea pe termen lung pare să arate că riscul pentru copil sau pentru viitorul adult nu este identic: copilul manifestă mai frecvent o patologie externalizată de tip comportamental, viitorul adult cu un părinte psihotic pare, dimpotrivă, să sufere de tulburări psihiatrice sau de psihoze. Corelaţia între tulburările din timpul copilăriei şi tulburările de la vârsta adultă nu este strictă.

Natura psihozei parentale are o incidenţă asupra tulburărilor copiilor. Astfel se pare că psihozele în care copilul este „înglobat" în preocupările patologice (halucinaţii, seducţii, agresiuni sau deliruri: exemplul cel mai tipic fiind cel din

„folie à deux", nebunia în doi) provoacă perturbări importante la copil; în schimb psihozele parentale caracterizate mai ales prin autism și replierea pe sine cruță mai mult copilul (Anthony).

În sfârșit, este evident că vulnerabilitatea (v. cap. 21, 2.2) este foarte variabilă de la un copil la altul.

Aspecte clinice

În primele zile, interacțiunile dintre mama psihotică și bebelușul său par a fi profund perturbate. Din partea mamei, imposibilitatea de a vedea copilul real face ca nevoile proprii ale copilului să nu fie recunoscute. În ceea ce privește copilul, se observă frecvent figuri grave, cu o privire îngrijorată, un fel de hipervigilență, o motricitate controlată, puține comportamente de apel. Este ca și cum acești sugari ar acționa pentru a se proteja și a o proteja pe mama lor. Cel mai frecvent nu există nici o regularitate în îngrijirile cotidiene, care apar haotice, incoerente, inadecvate, răspunzând mai mult la impulsurile mamei decât la nevoile sugarului (M. Lamour). Este posibil ca aceste interacțiuni precoce foarte perturbate să lase urme interiorizate deviante.

La copilul mai mare, manifestările clinice nu sunt de obicei specifice pentru psihoza parentală; se notează totuși o suprareprezentare a patologiei numită „externalizată": tulburări de comportament, instabilitate, trecere la act, labilitate a atenției, prin comparație cu o patologie internalizată (inhibiție, fobie).

În câteva cazuri, copiii prezintă comportamente apropiate de psihoza parentală. Anthony descrie astfel **episoade „micropsihotice"**, de câteva zile sau săptămâni, de tip microschizoid, microparanoid sau hebefrenic, apărând la copiii frecvent instabili, agitați și anxioși.

Să cităm în sfârșit cele câteva cazuri de **„delir indus"** sau **„ nebunie în doi"** când copilul este inclus în delirul unuia dintre părinții săi. Tema delirantă este întotdeauna bazată pe persecuție; Lasègue sublinia încă din 1877 partea de verosimilitate necesară pentru ca delirul în doi să existe.

Hipermaturitatea (Bourdier) sau supranormalitatea (Anthony) se observă frecvent (10% din cazuri): fie hiperinvestiție școlară și intelectuală, cu amenințare de prăbușire bruscă, fie atitudine de calm, de retragere și de conformism, dar cu prețul unei limitări a afectelor.

Ipoteze psihopatologice

Pentru Anthony, apariția de tulburări la copilul de părinte psihotic, mai ales în cazul delirului indus, poate fi considerat ca un echivalent de psihoză simbiotică cu *„o lipsă de separare intrapsihică, o regresie de la un nivel de individuare la o stare de nediferențiere a reprezentărilor obiectelor și a sinelui.* Separat, Pine evocă internalizarea mai mult sau mai puțin completă a psihozei parentale, din cauza atașamentului copilului față de mama sa. În cazul mai deosebit al delirului indus, reperul nosografic (copilul „indus" delirează el oare cu adevărat?) ar merita să fie abandonat în favoarea unei abordări a funcționării mentale: numeroase trăsături de comportament ale copiilor răspund în realitate la interiorizarea mai mult sau mai puțin completă a celor mai patologice procese mentale ale părinților lor psihotici. Trebuie evaluat gradul de interiorizare, mai ales prin studiul prevalenței mecanismelor arhaice de apărare (refuz al realității, clivaj, proiecție) și a permanenței lor.

În sfârșit, conformismul poate să fie înțeles ca investire defensivă a normalității cu constituirea unei personalități *„as if"*. Hiperinvestiția funcțiilor Eului (hipermaturitate) este posibilă atât timp cât exigențele pulsionale nu sunt excesive, dar această hiperinvestiție amenință întotdeauna să se prăbușească în caz de stres sau la adolescență.

2.2. — PĂRINTE(ȚI) DEPRIMAT(ȚI)

S-au înmulțit recent lucrările care analizează consecințele asupra unui copil de a fi avut unul sau ambii părinți deprimați. Trebuie să distingem de la început lucrările efectuate cu un scop epidemiologic și cele care încearcă să analizeze calitățile interacțiunii părinte deprimat–copil. Două articole de fond (N. Guedeney, P. Ferrari) au analizat minuțios această problemă.

Studii epidemiologice

Din diversitatea lor, se degajă o constantă: copiii cu părinți deprimați sunt o populație cu risc psihiatric. În schimb, natura și importanța acestui risc este variabilă.

Riscul pentru tulburările dispoziției și tulburările anxioase a fost cel mai mult studiat, cu o frecvență de la 7 la 80%! Dar au fost descrise dificultăți foarte variate:

- tulburări de dezvoltare cognitivă;
- tulburări de comportament;
- tulburări de adaptare (mai ales dificultăți școlare și/sau dificultăți de învățare a unor deprinderi;
- tulburări foarte diferite din DSM-III-R.

Variabilitatea acestor rezultate cere prudență în interpretarea lor, mai ales în termeni de „cauzalitate genetică". N. Guedeney analizează toate problemele metodologice prezente în diversele studii epidemiologice: recrutare a populației variabilă de la un studiu la altul făcând orice comparație aleatorie; talie a eșantioanelor foarte diferită și frecvent redusă; selecție criticabilă a populației

martor; mijloace de evaluare semiologică foarte diferite; absenţă de studiu pe termen lung; luare în considerare mediocră a momentului depresiei parentale în raport cu vârsta copilului etc.

Se înţelege că consecinţele „depresiei parentale" asupra copilului depind de un număr foarte mare de parametri, ca: *a)* tată şi/sau mamă bolnav/ă; *b)* durata depresiei; *c)* gravitatea depresiei; *d)* vârsta copilului în momentul depresiei părintelui; *e)* durata de expunere a copilului la această depresie; *f)* consecinţe eventuale pentru copil a acestei depresii parentale sub formă de separare, plasare; *g)* prezenţă şi/sau calitate a substitutelor etc.

În cazul mai deosebit al unei boli maniaco-depresive la unul dintre părinţi (P. Ferrari, C. Hammen) se notează predominanţa de tulburări depresive la copil sau de tulburări care pot fi echivalente depresive. Totuşi, interpretarea acestor rezultate este dificilă pentru că trebuie să luăm în calcul atât componenta genetică, cât şi modificările calităţii schimburilor intrafamiliale, în măsura în care marea majoritate a copiilor trăiesc în mediul lor natural. Studiile pe gemeni monozigoţi, dintre care unul este separat de mediul familial, arată o concordanţă de aproximativ 65% în ceea ce priveşte „tulburările afective", concordanţă care cade la 14% pentru dizigoţi (Gershon; Numberger şi Gershon). Dar aceste studii care, în teorie, permit să distingem aportul mediului extern de impactul genetic, sunt şi obiectul criticilor: dimensiune extrem de redusă a eşantioanelor, prezenţa copilului pentru „o perioadă de timp" în mediul natural înainte de a fi adoptat etc. (M. Carlier).

Studii calitative: interacţiunile părinte deprimat–copil

Calitatea schimburilor interactive dintre un părinte deprimat (mai ales mama) şi copilul său constituie celălalt tip de analiză. Aceste cercetări se ocupă mai ales de nou-născut şi de sugar. Ele au primit un impuls esenţial plecând de la lucrările lui Tronick şi colab. asupra impasibilităţii figurii materne (*Still-face*). Acest autor le cere mamelor să păstreze o faţă impasibilă lipsită de expresie timp de trei minute, aşezate în faţa sugarilor lor. În această situaţie, sugarii de două luni încearcă mai întâi să inducă o interacţiune cu faţa maternă, apoi, în faţa eşecului, adoptă o atitudine de repliere, de disperare, cu o faţă a cărei expresie pare căzută şi închisă. În schimb, sugarii de 5 luni după ce au încercat să inducă o interacţiune, încep să râdă şi să facă tot felul de giumbuşlucuri care declanşează foarte des râsul mamei, întrerupând experienţa... Plecând de la această experienţă princeps (1978) numeroase lucrări au arătat cât de mult sărăcia mimică a feţei adultului poate să reprezinte pentru sugar un fel de „lacună" în jurul căreia el riscă să se organizeze (sau să se dezorganizeze).

Pe plan clinic, dificultăţile întâmpinate de sugari par foarte variabile, cu tulburări psihosomatice frecvente: tulburări de somn, tulburări alimentare. Pentru

P. Ferrari ar exista o legătură statistic semnificativă între un episod depresiv major al mamei din timpul sarcinii şi/sau în primul an de viaţă al copilului şi, pe de altă parte, un autism la copil. Totuşi, autorul insistă asupra naturii pur statistice a acestei legături, fără să aibă prejudecata unei cauzalităţi lineare reductoare.

Pe plan psihodinamic, se poate concepe că depresia gravă a partenerului interactiv principal al unui bebeluş riscă să reducă calitatea şi diversitatea contribuţiilor afective, poate şi mai mult supleţea şi fluiditatea lor în cursul interacţiunii. În ceea ce priveşte bebeluşul, confruntarea cu o mamă cu o alură rigidă poate să inducă modificări interactive care riscă să se transforme în scenarii fantasmatice interiorizate durabil. Astfel, D. Stern descrie patru scenarii interactive posibile ale unui bebeluş confruntat cu o mamă deprimată: *a)* scenariu de „microdepresie"; *b)* scenariu de „reanimare a mamei"; *c)* scenariu de „căutare de autostimulare în altă parte"; *d)* scenariu de „stimulare inautentică". În funcţie de profunzimea depresiei, de capacitatea încă păstrată a mamei de a reacţiona, de competenţa proprie, de vârsta lui... fiecare copil riscă să-şi organizeze durabil conduitele sale interactive de abordare şi apoi scenariile sale fantasmatice.

Dacă, înţeleasă fiind ca o sărăcire a interacţiunilor mamă–copil, depresia maternă nu determină în mod sistematic şi linear o patologie depresivă la copil, ea nu provoacă mai puţin o „lipsă" interactivă despre care putem considera că va fi ulterior susceptibilă să creeze la copil o susceptibilitate particulară la toate evenimentele implicând o pierdere. Găsim aici o punte între interacţiunea observată şi interacţiunea reconstruită (S. Lebovici). Aceasta întâlneşte parţial ipotezele formulate de A. Green, plecând de la reconstrucţiile apărute în analiza adulţilor. Imaginea „mamei moarte" este o imagine constituită în psihicul copilului în urma unei depresii materne. Această imagine a „mamei moarte" mobilizează o mare parte a energiei psihice a viitorului adult şi menţine o mare fragilitate narcisică.

Aceste ultime observaţii depăşesc mult cadrul care ne priveşte pe noi, dar arată cât de mult depresia unui părinte are efecte durabile asupra copilului şi asupra viitorului adult.

3. — FAMILII DISOCIATE, RECOMPUSE, MONOPARENTALE

În 1990, din 14,1 milioane de tineri sub 19 ani, două milioane de copii minori nu mai trăiau cu cei doi părinţi genitori. Acest număr creşte cu regularitate (8% între 1985 şi 1990). 1 390 000 de minori de mai puţin de 18 ani trăiau

într-o familie monoparentală (v. 3.2), 750 000 de tineri de mai puțin de 19 ani (5,5% din total) trăiesc într-o familie recompusă (Desplanques G., 1993). Numărul de căsătorii scade cu regularitate (427 000 în 1972, 253 700 în 1994), în timp ce numărul de uniuni libere sau de familii monoparentale crește. Aceasta explică faptul că numărul absolut de divorțuri nu mai crește sensibil, chiar dacă divorțialitatea continuă să crească ușor (puțin mai mult de 30% în 1990).

În ceea ce privește copiii, când nu sunt cu cei doi părinți, cu cât sunt mai mici cu atât se găsesc mai mult într-o familie monoparentală (între 0 și 4 ani, doar 2,2 % dintre copii trăiesc într-o familie recompusă). Proporția copiilor care trăiesc într-o familie recompusă crește o dată cu vârsta: între 15-18 ani, 40% dintre copiii care nu mai sunt cu părinții lor genitori trăiesc într-o familie recompusă.

În ceea ce privește familiile, 7,5% dintre mamele care trăiesc în cuplu cresc alți copii ca ai lor și 20% dintre familii nu răspund la schema clasică a cuplului care-și crește toți copiii și doar pe ei.

În familiile recompuse, un milion de tineri de mai puțin de 25 de ani trăiesc fie cu frați sau surori vitrege (50%), fie cu copii ai părintelui vitreg.

În aceste familii recompuse, copiii și mai ales adolescenții (11-15 ani) trăiesc mai frecvent în exteriorul familiei (internat, cămin, familie de primire) decât în cazul familiilor „clasice".

3.1. — SEPARARE, DIVORȚ, NEÎNȚELEGERE PARENTALĂ

Din 1975, există în Franța trei tipuri de proceduri de divorț:

– divorțul prin consimțământ mutual, în care cei doi soți nu trebuie să dovedească o greșeală. Ei au, dacă doresc, un avocat comun, și scriu împreună o convenție care urmează să fie omologată de către judecător;

– divorțul pentru ruptură prelungită a vieții comune (mai mult de șase ani). Soțul nu poate să se opună divorțului, așa cum se întâmpla înainte;

– divorțul pentru greșeală: persistență a vechii proceduri.

Încă din 1978, procedura prin consimțământ mutual era utilizată în 40% din cazuri pentru ansamblul Franței și în 60% din cazuri în regiunea pariziană.

În spiritul legiuitorului, doar „interesul copilului" ar trebui să influențeze modalitățile de încredințare, de vizită sau de adăpostire a copiilor. În comparație cu vechea lege, există o distincție clară între conflictul conjugal și funcția parentală: părinții au toată libertatea pentru a fixa modalitățile de viață ale copilului, judecătorul trebuind, înainte de toate, să vegheze „la interesul lui".

Dificultățile psihologice pe care le prezintă copiii din părinți divorțați sunt variabile. Frecvențele lor sunt apreciate diferit: într-o populație de persoane care vin la consultația psihiatrică, se constată o suprareprezentare de copii de părinți

divorțați. Totuși, trebuie să distingem aici divorțul, procedeu juridic, de neînțelegere, sistem de interacțiune familială (L. Despert: divorț afectiv). Neînțelegerea parentală, mai ales când include copiii, constituie un factor de morbiditate net superior divorțului.

Astfel, cu titlu de exemplu, Rutter (*Copilul cu risc*) studiază consecințele unei separări între copil și familia sa. Apariția tulburărilor de comportament se corelează mai puternic cu existența unei neînțelegeri parentale decât cu separarea: *„principalul factor de tulburare pe termen lung nu este separarea însăși, ci mai curând discordia familială asociată atât de frecvent cu separarea". Când copilul este plonjat în sânul unui conflict familial, un factor de prognostic bun este menținerea unei relații bune cu unul dintre părinți „cei care aveau o relație bună erau parțial protejați împotriva efectelor nocive ale discordiei familiale".* Autorul adaugă un punct esențial: *„se pare că nu există nici o diferență dacă relația bună este cu mama sau cu tatăl".*

Astfel efectele cele mai nefaste se observă când conflictul parental precedând divorțul este intens, mai ales când include copiii, împiedicându-i pe aceștia să aibă o relație bună, atât cu mama cât și cu tatăl: pot într-adevăr să fie luați ca martori sau ostateci, considerați responsabili pentru neînțelegere, sau complici și confidenți ai unuia dintre părinți. Li se poate cere să se substituie unuia dintre părinți, sau să-l îngrijească pe cel care este deprimat (copil-medicament). Per total, mai mult decât divorțul însuși, natura neînțelegerii și locul copilului în sânul acestei neînțelegeri vor influența eventualele evoluții patologice.

Clinica însăși a tulburărilor este foarte variată: plângere hipocondriacă, acces de angoasă, episod anorectic sau de insomnie, tulburări de comportament (furt, fugă), eșec sau dezinteres școlar, stare depresivă, simptom nevrotic etc. Se pot observa toate conduitele patologice. Nici una nu apare ca fiind specifică. Aceasta înseamnă că neînțelegerea parentală și divorțul reprezintă, în termeni epidemiologici, factori de morbiditate și de vulnerabilitate generală și nu factori etiologici preciși.

Pentru a fi înțeles, fiecare simptom trebuie deci să fie situat din nou în istoria copilului și a familiei sale, analizându-l în același timp în funcție de nivelul de dezvoltare atins în momentul conflictului și/sau al separării.

Abordare psihopatologică

Abordarea psihopatologică trebuie să țină cont de două date: pe de-o parte, realitatea situației trăite, aici neînțelegerea parentală, și maniera în care această realitate poate influența dezvoltarea copilului. Pe de altă parte, trebuie să luăm în considerare maturitatea fiecărui copil și sistemul specific de interacțiune familială căruia îi este supus. Acestea vor fi nivelurile succesive de înțelegere pe care le vom aborda pe scurt.

Efecte ale neînțelegerii și ale separării

În rare cazuri, copilul este menținut la o parte de neînțelegere, dar de obicei participă la ea, pasiv sau activ. Efectele acestei situații sunt variabile în funcție de vârsta, de maturitatea, de sensibilitatea sa. Totuși o asemenea discordie face din copil un element activ al cuplului și îl introduce mai mult sau mai puțin direct în intimitatea relațiilor parentale, ceea ce în organizarea lui fantasmatică poate să corespundă punerii în act a unei fantasme de scenă primitivă, să întărească sau să reactiveze ansamblul problematicii sale oedipiene. Să-ți vezi părinții opunându-se unul altuia, certându-se, separându-se, poate să constituie realizarea dorinței fantasmatice incestuoase: să-l dai la o parte pe un părinte pentru a-l putea avea pe celălalt. Or, traumatismul psihic survine atunci când realitatea vine în întâmpinarea fantasmei și îi confirmă greutatea. Copilul în perioadă oedipiană și al cărui conflict este fie permanentizat, fie reactivat (mai ales la adolescență), se simte astfel vinovat de discordia parentală; această culpabilitate explică conduitele patologice observate.

În ceea ce privește separarea părinților, ea are consecințe diverse. În cel mai bun caz, copilul își păstrează ambii părinți, dar rolurile lor respective trec prin remanieri profunde. În condițiile actuale, mama obține custodia și responsabilitatea legală, în timp ce tatăl este ținut la distanță, devalorizat cel puțin în fapte. Dacă acesta în plus se complace în atitudinea atât de frecventă de „tată-coleg", el pierde atunci esențialul rolului său și al funcțiilor sale paterne. (Problema identității de gen, v. cap. 13.2.). În cel mai rău caz, unul dintre părinți poate să dispară total, cel care rămâne cu copilul furnizând numai informații parcelare, cel mai frecvent asupra elementelor negative ale personalității celui absent.

Aceste dificultăți centrate în jurul *menținerii sau trezirii problematicii oedipiene și a posibilităților de identificare* ale copilului cu părinții săi se observă bine în situațiile destul de „neutre" ale testului proiectiv. Astfel, Dugas și col., studiind testele Rorschach de copii de părinți divorțați crescuți de mama lor, ajung la concluziile următoare: oricare ar fi vârsta, imaginea tatălui apare frecvent, dar nu întotdeauna în planșele zise „paterne". Este vorba cel mai frecvent de un tată gratifiant, care hrănește, cald. Este prea puțin puternic, oferă puțină siguranță. Imaginea mamei în schimb este ambiguă, cu frecvente caracteristici falice. În toate cazurile, imaginea cuplului unit este deosebit de puternică, garantă a legii. Acest „cuplu unit", cel al unei uniuni utopice care supraviețuiește experienței relațiilor umane cele mai perturbante, pare a constitui „romanul familial" pe care-l țes de obicei copiii de părinți separați (Anthony): astfel, mulți copii continuă să vorbească despre părinții lor ca și cum ar trăi împreună (la școală, de exemplu). În afară de incertitudinile acestea în imaginile sexuate și în rolurile lor parentale respective, Dugas și col. observă de asemenea că perturbările sunt cu atât mai importante cu cât copilul era mai mic în momentul separării și dacă vizitele tatălui sunt neregulate și imprevizibile (la limită, absența vizitelor pare mai puțin perturbantă decât neregularitatea lor).

Reacția copilului în funcție de dezvoltarea sa psihoafectivă

Conflictul și, apoi, separarea parentală au efecte deosebit de perturbante la nivelul problematicii oedipiene și al mișcărilor identificatorii ale copilului, apoi ale adolescentului. Aceste perturbări vor intra în rezonanță cu diversele etape ale dezvoltării psihoafective, creând ceea ce Nagera numește „imixtiuni în dezvoltare" și facilitând evoluții deviante mai mult sau mai puțin fixate.

Reacția inițială în fața neînțelegerii sau separării este mai întâi *anxietatea*, chiar *angoasa*. Această reacție afectivă nu ocolește practic nici un copil: ruptura cadrului de viață obișnuit, îndepărtarea unuia dintre părinți, incertitudinile asupra viitorului imediat, totul concură la emergența angoasei. Caracteristice perioadei de conflict acut, angoasa și anxietatea, semne ale unei stări de suferință, vor fi obiectul unei elaborări care depinde parțial de maturitatea copilului. Aceasta la rândul său depinde de vârsta sa și de gradul de conflictualizare la care a fost supus până atunci de părinții săi. Acestea vor fi nivelurile succesive pe care le vom considera pe scurt.

— Perioada acută și dificultățile de a mentaliza angoasa

Cu cât conflictul este mai acut între părinți, cu atât aceștia sunt mai puțin disponibili pentru a-și asculta copilul și cu atât mai puțin acesta va putea să-și elaboreze reacția de angoasă. În aceeași manieră, cu cât copilul este mai mic, cu atât este mai sărac în capacitățile sale de elaborare. Aceasta explică *frecvența plângerilor hipocondriace* la copilul mic și/sau în perioada de conflict parental acut: dureri de cap, abdominale, vărsături, dureri diverse, chiar patologie somatică.

— Copilul în perioada oedipiană sau a cărui problematică oedipiană este prelungită de conflict

Acest nivel de problematică psihoafectivă poate deci să țină fie de vârsta copilului, fie de maniera în care a fost făcut să trăiască conflictul. În fața stării de suferință pe care o resimte, copilul reacționează de obicei printr-o mișcare de culpabilitate, trăindu-se fantasmatic pe sine ca fiind cauza discordiei. Se observă atunci toate simptomele obișnuite: fie conduite de eșec (eșec școlar, tulburări de comportament de aspect autopunitiv), fie stare depresivă, acestea două fiind frecvent legate. Nevroza de abandon (Odier) caracterizată de alternanța unei depresii cu regretul dispariției unității familiale și sentimentul de a fi mic, slab și profund vulnerabil, iar apoi în alte momente cu faze de agresivitate externalizată, este o evoluție destul de frecventă.

— Copilul degajat de problematica oedipiană

La acest nivel de maturizare psihoafectivă se observă două modalități de adaptare la noua situație. În primul caz, copilul care parțial și-a pierdut obiectele de investiții libidinale privilegiate, sau când acestea nu mai au fiabilitatea necesară, reinvestește masiv propriul său Eu și dobândește rapid o autonomie mai mult sau mai puțin completă. Clinic, aceasta se traduce prin **hipermaturitate**, foarte frecvent observată la copiii de părinți divorțați: se „iau în grijă“ singuri, au o adaptare extremă, le cer puțin adulților, se joacă puțin sau deloc. Totuși, această hipermaturitate, pozitivă în sine, poate să împiedice orice tendință regresivă, și să fie la originea, în timpul adolescenței sau în anumite circumstanțe de viață, unor reacții inadaptate (reacție microparanoidă, tendință paranoiacă sau caracterială).

Cealaltă modalitate de comportament în fața suferinței este **reacția proiectivă.** Se știe cât de mult proiecția este modul defensiv natural al copiilor în perioada de latență. Pe de altă parte, părinții în conflict au frecvent tendința să fie ei înșiși proiectivi, atribuind în general originea conflictului defectelor „celuilalt“. Astfel totul concură (vârstă și mod de amenajare familial conflictual) în a face din proiecție sistemul defensiv privilegiat: instabilitate, exteriorizare a suferinței acuzându-i pe ceilalți, agresivitate exterioară (îndeosebi îndreptată împotriva noului soț: ținta adultă naturală). Proiecția conflictului asupra exteriorului se poate traduce prin stabilirea de relații fondate pe șantaj și manipulare: astfel, unii copii par să facă totul pentru a prelungi conflictul parental (ceea ce de altfel menține legătura parentală) sau pentru a crea conflicte în mediul lor înconjurător.

— Copilul confruntat cu problematica identității/ de identificare

Toate nivelurile de organizare ale identității pot să fie puse sub semnul întrebării în separarea parentală. Am văzut cum „cuplul unit“ servește frecvent și de roman familial și de garant nespecific al legii la copilul cu părinții în conflict.

Într-un anumit număr de cazuri, se pare că spargerea cuplului este însoțită de spargerea identității copilului: *episoadele psihotice acute* în cursul separărilor parentale sunt desigur rare, dar ele dovedesc atunci o îndoială asupra identității proprii a copilului sau a preadolescentului și se observă după o lungă istorie conflictuală.

Problemele de identificare sunt foarte frecvente la adolescent, mai ales când unul dintre părinți a dispărut. Datele frecvent parcelare de care dispune adolescentul nu-i permit decât o identificare „în gol sau în negativ“. În plus, părintele restant poate să proiecteze asupra adolescentului pseudo-identitatea absentului, mai ales toate reproșurile sau fricile din perioada conflictuală. Fără să intrăm în detalii, pentru că situațiile individuale sunt nenumărate, vom spune simplu aici că problematica identificării pare deosebit de acută la adolescentul cu părinți separați. Gradul acestor dificultăți va fi în funcție de vechimea divorțului, de calitatea menținerii celor două figuri parentale, în sfârșit de calitatea relațiilor parentale după divorț (v. *Adolescență și psihopatologie*, ed. 4., cap.15).

3.2. — FAMILII MONOPARENTALE

În 1990, din 14 milioane de copii de mai puțin de 18 ani, aproximativ 10% (1 381 256) trăiesc într-o familie monoparentală și în 9 cazuri din 10 (1 231 136) cu mama. În acest ultim caz, mama este celibatară (25%), divorțată (45%), separată, dar nu divorțată (17%), sau văduvă (13%).

Frecvența acestor familii monoparentale a crescut mult după anii 1970. Chiar dacă, pe de-o parte, grație alocației de părinte izolat (1976) și, pe de altă parte, datorită alegerii voluntare a câtorva femei angajate într-o luptă de revendicare socială, unele familii monoparentale beneficiază de venituri satisfăcătoare, în marea majoritate a cazurilor, o sărăcie cel puțin relativă caracterizează aceste familii, adăugând efectele acestei sărăcii la „deprivarea relațională“ pe care o reprezintă pentru copil faptul de a trăi fără unul dintre părinții lui.

Răsunetul psihologic și psihopatologic al monoparentalității la copil este dificil de evaluat pentru că parametrii de luat în considerare sunt numeroși ca și factorii supraadăugați. Putem cita astfel pentru copilul însuși: faptul sau nu de a cunoaște identitatea celuilalt genitor; faptul sau nu de a-l întâlni regulat pe celălalt părinte; calitatea relației cu acest alt părinte când este prezent; faptul că această situație datează de la naștere sau din mica copilărie sau dacă a survenit după un timp de coabitare sau de căsătorie; în acest ultim caz, vârsta copilului la separarea parentală; faptul de a trăi cu un părinte de același sex (fiica cu mama sa) sau de alt sex (băiatul cu mama sa); la fel și pentru celălalt genitor; părintele „dispărut“ este de același sex sau nu; faptul de a fi copil unic sau de a avea frați și surori; diferența de vârstă în fratrie etc.

Din partea familiei însăși putem cita: sărăcia socio-economică, dificultățile de tip psihologic (depresia), calitatea interacțiunilor, vârsta mamei uneori încă adolescentă (mamă adolescentă: vezi *Adolescență și psihopatologie*, 1995, ed. 4, p. 196), antecedente de separări sau de plasamente cu repetiție etc.

Astfel este greu și artificial să stabilim o tipologie a copilului „privat de unul dintre părinții săi“ termen care, din punctul de vedere al copilului, ni se pare preferabil celui de „familie monoparentală“ mai orientat spre statutul juridic și socio-economic. La copilul foarte mic prevalează calitatea interacțiunilor precoce cu părintele prezent: calitatea interacțiunilor mamă–bebeluș este predominantă și monoparentalitatea intervine cel mai frecvent fie prin răsunetul său asupra echilibrului psihopatologic al mamei (depresie), fie pentru că este o condiție

revelatoare a acestei psihopatologii (de exemplu: mamă cu un trecut de carenţă afectivă şi care caută în graviditate şi într-un copil pentru ea singură o reparaţie a acestei carenţe. La copilul de vârstă medie (perioadă de latenţă: de la 5/6 ani la 11/12 ani) prevalează calitatea relaţiilor afective şi sociale ale familiei monoparentale cu mediul său: capacitatea mamei de a dezvolta relaţii sociale, de a-şi lăsa copiii să aibă astfel de relaţii cu prietenii, scurtele separări pentru sejururi de vacanţă, diversele activităţi sublimatorii proprii acestei vârste reprezintă parametri importanţi. Şi aici ceea ce contează cel mai mult este modul în care părintele îşi „asumă“ monoparentalitatea.

În schimb, la vârsta conflictului oedipian (între 3 şi 6 ani), şi încă şi mai mult la adolescenţă, absenţa unui părinte, dar mai ales absenţa oricărei referinţe şi a oricărei posibilităţi de identificare cu una dintre liniile parentale poate să-l închidă pe copil şi pe adolescent într-o relaţie diadică care îngreunează posibilităţile lui de a accede la triangularea simbolică oedipiană. Dacă, în termeni de identificare, aceste dificultăţi sunt mai mici pentru fată, ele sunt adesea importante pentru băiat mai ales la adolescenţă (conduită de eşec, dezinserţie şcolară, marginalizare etc.). Dar fie fete, fie băieţi, sunt numeroşi copiii crescuţi într-o familie monoparentală, privaţi de orice referinţă posibilă la celălalt părinte, care par să aibă dificultăţi în a avea o viaţă relaţională şi afectivă stabilă şi care reproduc, în pofida dorinţei lor conştiente, situaţia de monoparentalitate în propria lor viaţă de adult.

BIBLIOGRAFIE

AINSWORTH M.: Les répercussions de la carence maternelle. Faits observés. Controverses dans le contexte de la stratégie des recherches, *in:* „La carence des soins maternels; réévaluation de ses effets“. *Cahiers de l'OMS, Genève,* 1961, *14,* 95-168.

ANTHONY E.J. : Les enfants et le risque de divorce. Revue générale de la question, p. 457-475. *In:* ANTHONY E.J., CHILAND C., KOUPERNIK C.: *L'enfant à haut risque psychiatrique.* PUF, Paris, 1980.

ANTHONY E.J. : Modèle d'intervention au niveau du risque et de la vulnérabilité pour des enfants de parents psychotiques, p. 121-146. *In:* ANTHONY E.J., CHILAND C., KOUPERNIK C.: *L'enfant à haut risque psychiatrique,* PUF, Paris, 1980.

APPEL G.: Tentatives d'éradication des carences affectives dans une pouponnière. *Neuropsy. de l'Enf. et de l'Adolesc.,* 1982, *30,* 257-262.

APPEL G.: Pouponnière, séparation, hospitalisme: ce qui reste à faire. *Neuropsy. de l'Enf. et de l'Adolesc.,* 1983, *31,* 111/115.

APPEL G. : Le bébé seul. *Devenir,* 1990, *3,* 104-113.

AUBAN H.: Les enfants victimes de sévices et la législation dans la communauté européenne. *Bulletin de l'Ordre des Médecins,* 1981, nr. 4.

BOURDIER P.: L'hypermaturation des enfants de parents malades mentaux. *Rev. Neuropsychiat. inf.,* 1972, *20,* 1, 15-22.

BOWLBY J.: *Attachement et perte: la séparation, angoisse et colère.* PUF, Paris, 1978.

BRU J., VILLARD J., MARTIN Cl.: Présentation de l'ensemble socio-éducatif de Cholet C.E.T.-Talence, *Rev. Neuropsychiat. inf.,* 1976, *24,* nr. 4-5, 225-240.

CHILAND C., KOUPERNIK C.: *L'enfant à haut risque psychiatrique,* PUF, Paris, 1980.

DESPLANQUES G.: Les familles recomposées en 1990. *In: Les recompositions familiales aujourd'hui,* Meulders-Klein M. Th., Théry I., 1 vol. Nathan, Paris, 1993.

DIATKINE G.: Familles sans qualités: les troubles du langage et de la pensée dans les familles à problèmes multiples. *Psy. enf.,* 1979, *22,* 1, 237-273.

FERRARI P., BOTBOL M., SIBERTIN-BLANC D., PAYANT C., LACHAL C., PRESNE C., FERMANIAN J., BUZSGTEJN C.: Etude épidémiologique sur la dépression maternelle comme facteur de risque dans la survenue d'une psychose infantile précoce, *Psychiat. Enf.,* 1991, *34,* 1, 35-97.

GIRODET D.: Les enfants victimes de sévices corporels. *Rev. prat.,* Paris, 1974, *24,* nr. 52, 4685-4688.

GREEN A.: La mère morte *In: Narcissisme de vie, narcissisme de mort,* ed. Gallimard, Paris, 1983, vol. 1.

GUEDENEY N.: Les enfants de parents déprimés, *Psychiatrie Enf.,* 1989, *32,* 1, 269-309.

LAMOUR M., BARRACO M.: Le nourrisson et sa mère psychotique: modes d'abord thérapeutiques des interactions précoces. *Neuropsychiat. Enf. et Ado.,* 1990, *38,* 385-391.

LIBERMAN R.: *Les enfants devant le divorce.* PUF, Paris, 1979.

MARCELLI D.: La dépression chez l'enfant. *In: Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent.* PUF, Paris, ed. 2 (în curs de apariţie).

MARCELLI D.: *Comment leur dire? L'enfant face au couple en crise.* I-a ed. Hachette, Paris, 1979, 1 vol. Ed. 2-a: Marabout, Médecine pratique. 1981, nr. 4, 1 vol.

MARTIN Cl.: Les mères célibataires mineures et leurs enfants. *Rev. Neuropsychiat. inf.,* 1976, *24,* nr. 4-5, 199-205.

MAUVAIS P.: L'observation dans les lieux d'accueil de l'enfance et de la petite enfance; réflexion sur le rôle du psychologue dans l'équipe. *Psychiat. de l'Enf.,* 1995, *38,* 1, 249-309.

Numere speciale:
- Parentalité: *Neuropsychiat. Enf. Ado.*, 1990, *38*, 6, 327-391.

NESSE M. C., HERBELER J. R.: The abused child: a clinical approach to identification and management. *Clinical Symposia Ciba*, 1979, *31*, 1, 2-36.

PIQUARD A., CAPIOMONT G., OBERLIN O.: À la rencontre de l'enfant de milieu très défavorisé ou ambiguïté du regard psychiatrique sur ces „ gens-là". *Psychiatrie Enfant*, 1987, *30*, 1, 167-207.

RUTTER M.: Stratégie épidémiologique et concepts psychiatriques dans la recherche sur l'enfant vulnérable, p. 195-209. *In:* ANTHONY E.J.

SPITZ R.: *De la naissance à la parole.* PUF, Paris, 1968.

TRONICK E., ALS M., ADAMSON L., BRAZELTON T. B.: The infant's respons entrapment between contradictory message in face to face interaction. *J. Am. Acad. Child Psychiatry*, 1978, *17*, 1-13.

23 COPILUL ŞI ŞCOALA

1. — GENERALITĂŢI

Acest capitol este consacrat interacţiunilor dintre copil şi şcoală: dificultăţi ale copilului la şcoală şi dificultăţi ale şcolii cu aceşti copii, aceste două dimensiuni trebuind să fie puse în mod necesar în perspectivă reciprocă. Într-adevăr, când abordăm capitolul inadecvărilor dintre şcoală şi copil, este important să reperăm imediat două demersuri dacă nu contradictorii, cel mult opuse. Pe de-o parte, sunt cei pentru care copilul în dificultate la şcoală este un copil deviant, deci patologic sau bolnav, deci care trebuie îngrijit într-o structură adaptată. O asemenea perspectivă era apărată de G. Heuyer atunci când critica astfel atitudinea antimedicală a unor pedagogi: *„când pedagogul îl revendică pe copilul neadaptat ca pe proprietatea sa, el arată că ignoră ceea ce este un copil neadaptat, de unde vine neadaptarea lui şi ce măsuri complexe şi dificile sunt necesare pentru readaptarea sa".*

La polul opus se situează cei pentru care structura şcolară este ea însăşi neadaptată la copil şi singura responsabilă pentru eşecul şcolar.

Cauzele acestei neadaptări sunt căutate când în aspectul formal al şcolarităţii (ritm şcolar, supraîncărcare a orelor, progres „frontal" în funcţie de vârstă, neţinând cont de disparităţile dintre copii, şi la acelaşi copil...), când în conţinutul însuşi al învăţământului (vârstă şi mai ales metode de deprindere a citirii, formare şi motivaţie a profesorilor...).

Fără să intrăm în această polemică frecvent vie, putem vedea că studiul dificultăţilor şcolare a trecut în câteva decenii de la un punct de vedere pur moral (eşecul se datora lenei copilului şi în consecinţă, el era primul vinovat), la un punct de vedere medical patologic (eşecul se datorează neadaptării copilului, concept care subînţelege mai mult sau mai puţin o lipsă a echipamentului neurofiziologic de bază: vezi problema debilităţii mintale), apoi în sfârşit la un punct de vedere sociologic (eşecul se datorează neadaptării structurilor şcolare actuale în faţa unei proporţii non-neglijabile a populaţiei).

În mod curios, deşi cadrul de referinţă al acestor puncte de vedere este evident foarte diferit, fiecare etapă a avut tendinţa de a îngloba, apoi de a anula

etapa precedentă. Dacă medicalizarea lenei poate să apară ca un progres (şi încă trebuie să-i rezervi copilului, ca şi adultului, dreptul de a fi leneş) poziţionarea spate în spate a abordării medicale şi a celei sociologice mai mult sterilizează dezbaterea decât o îmbogăţeşte.

În acest scurt capitol nu vom descrie dificultăţile şcolare care trimit la o semiologie deja studiată, cum ar fi tulburările de vorbire, de lateralizare, dislexia-disortografia. Ne vom limita la dificultăţile centrate pe şcoală (eşec şcolar, refuz şcolar, fobie şcolară) sau pe deprinderi (discalculie).

Locul pe care-l ocupă şcoala în câmpul de activitate al pedopsihiatrului nu trebuie să fie ignorat, din moment ce în unele centre medico-psihopedagogice, o mare majoritate a copiilor este trimisă de şcoală: astfel, 50% dintre copiii văzuţi la Centrul Alfred Binet sunt trimişi de şcoală. În plus, printre copiii aduşi la Centru la iniţiativa părinţilor, o populaţie importantă vine pentru motive şcolare. În total, la aproximativ 70% dintre copiii care consultă, este invocat un motiv şcolar. Anchete epidemiologice mai fine (Schmid) au arătat de altfel că modalitatea de consultaţie este în raport mai mult cu nivelul socio-economic al familiilor decât cu natura însăşi a dificultăţilor copilului: astfel, familiile cu un nivel socio-economic bun au mai mult tendinţa de a consulta spontan sau la un simplu sfat medical, în timp ce în caz de nivel socio-economic defavorizat, familiile consultă doar la presiunea şcolii sau a serviciilor sociale.

Oricum ar fi, inadecvarea şcolară este frecvent primul simptom adus în faţă, chiar dacă acesta nu este decât un ecran liniştitor pentru familie sau pentru şcoală, sau nu este decât manifestarea unei patologii mai complexe. În toate cazurile, confruntat fiind cu inadecvarea şcolară, trebuie să iei în considerare cei trei parteneri care sunt copilul, familia şi şcoala, să încerci să evaluezi interacţiunea lor reciprocă înainte de a te gândi la un ajutor terapeutic.

1.1. — COPILUL

La copil, trebuie să distingi între posibilităţile de învăţare şi dorinţa de a învăţa. Evaluarea posibilităţilor se bazează pe examenul atent şi complet al capacităţilor fizice (căutare de deficit senzorial parţial) şi psihice. Nu vom reveni aici asupra diverselor explicaţii necesare în caz de îndoială, nici asupra studiului capacităţilor cognitive şi a diverselor lor stadii (v. capacităţi cognitive cap. 9, 2. şi debilitate mintală cap. 9,3.).

Trebuie de altfel să recunoaştem că doar un număr foarte mic de copii nu au echipamentul neurofiziologic de bază necesar pentru învăţare şi pot, în consecinţă, să fie consideraţi ca incapabili să urmeze o şcolaritate normală.

În dorinţa de a învăţa, intervin factori foarte numeroşi: este vorba de motivaţia copilului. Aceasta poate fi:

– de origine individuală, reacţie de amor propriu şi de prestanţă, dar şi dorinţă de cunoaştere, plăcere de a învăţa, rivalitate fraternă sau oedipiană etc.

– de origine familială: stimulare parentală de orice natură, participare a părinţilor la viaţa şcolară a copilului;

– în sfârşit, de origine socială: valorizare a cunoaşterii, împărtăşirea aceloraşi idealuri ca instituţia şcolară...

Sistemul de motivaţie evoluează cu vârsta, trecând progresiv de la o motivaţie externă, ca aceea de a-l imita pe adult, apoi de a face plăcere părinţilor şi/sau învăţătoarei, la o motivaţie internă a cărei natură variază de asemenea: plăcere pentru competiţie sau atitudine de prestanţă, apoi integrare a necesităţii de a învăţa o meserie sau dorinţă de a accede la valori culturale. În realitate, acest stadiu ultim nu este niciodată atins înainte de 11-12 ani, când este atins!

1.2. — FAMILIA

Familia intervine în acelaşi timp în dinamica schimburilor intrafamiliale şi, prin gradul său de motivaţie, în privinţa şcolii. Când copilul îşi părăseşte familia pentru a se duce la şcoală, aceasta semnifică că îşi va petrece de acum o parte non-neglijabilă a timpului său în afara familiei: aceasta implică deci că părinţii, mai ales mama, acceptă aceste noi investiţii şi se bucură de ele. Fobiile şcolare (v. 2.3) sunt un exemplu al acestei incapacităţi a grupului familial de a-şi redistribui investiţiile când copilul pleacă la şcoală. Se înţelege că echilibrul afectiv familial joacă un rol fundamental asupra căruia nu vom mai reveni.

Nivelul socio-cultural al familiei reprezintă un factor esenţial în adecvarea copil–şcoală la care vom reveni. Vom evoca pe scurt aici locul limbajului în schimburile familiale: adaptarea copilului la şcoală, şi aceasta încă de la grădiniţă, este legată de gradul său de stăpânire a limbajului, ceea ce depinde în mare parte de calitatea şi cantitatea schimburilor verbale în sânul familiei. Este evident că acei copii ce provin dintr-un mediu cultural apropiat, dacă nu identic, cu cel al profesorilor şi în general mai apropiaţi de valorile şi sistemele de comunicare propuse de şcoală, vor avea facilităţi mai mari decât copiii ale căror familii utilizează puţin limbajul sau îl folosesc doar în situaţii concrete.

Gradul de motivaţie al familiei este şi în funcţie de acest nivel socio-cultural, de acordul asupra scopurilor şi/sau mijloacelor şcolii. Unii părinţi îşi pun astfel sistematic copilul în situaţie de opoziţie cu şcoala, o denigrează şi o devalorizează constant. Totuşi, atitudinea opusă poate de asemenea să provoace un blocaj la copil: hiperinvestiţia de către părinţi a rezultatelor şcolare, controalele şi vigilenţa

lor permanentă îndreptată spre studiul copilului într-un climat obsesionalizat sau perfecționist pot să antreneze o renunțare, chiar un refuz.

1.3. — ŞCOALA

Şcoala este cel de-al treilea triptic al acestui triunghi relațional copil–familie–școală. Învățământul preelementar (grădinița) se adresează copiilor de la 2 la 6 ani: este facultativ. Cifrele de școlarizare s-au stabilizat (Ministerul Educației Naționale).

- de la 2 la 3 ani: aproximativ 33,6% dintre copii;
- de la 3 la 4 ani: aproximativ 95,4% dintre copii;
- de la 4 ani și mai mult: 100% dintre copii.

O frecventare regulată a grădiniței ar reduce riscurile de repetenție la școala elementară.

Învățământul elementar cuprinde cinci ani repartizați în trei cicluri, după legea asupra orientării în educație din 10 iulie 1989:

- ciclul învățământului primar regrupând grupa mică și mijlocie a grădiniței;
- ciclul învățământului fundamental constituit de grupa mare de la grădiniță, ciclul primar și CE1 (ciclul elementar 1), permițând etalarea deprinderii citirii pe trei ani;
- ciclul de aprofundare compus din CE2 (ciclul elementar 2), CM1 (ciclul mediu 1) și CM2 (ciclul mediu 2).

Ideea directoare a acestei reforme era de a reduce eșecul școlar condiționat foarte mult până atunci de ritmul de învățare. Obligația de a învăța să citească într-un singur an determina numeroase repetenții al căror prognostic redutabil a fost arătat de C. Chiland încă din 1971, în lucrarea sa asupra „copilului de șase ani și viitorul său". Ideea ciclului se bazează de acum încolo pe posibilitatea copilului de a dispune de trei ani pentru a-și însuși învățătura.

Învățământul secundar începe plecând de la clasa a 6-a, la vârsta normală de 11 ani. Este și el „decupat" în trei cicluri:

- ciclul claselor a 6-a și a 5-a numit ciclu de observare pentru că se poate termina cu o orientare către un ciclu școlar zis „scurt" în secțiile preprofesionale care duc la CAP (Certificat de Aptitudini Profesionale);
- ciclul claselor a 4-a și a 3-a numit ciclu de orientare pentru că el duce la sfârșitul școlarității obligatorii și trebuie să ducă la alegeri profesionale definitive: urmarea unei școlarități lungi sau orientare profesională.

Şcoala a trecut prin profunde schimbări în ultimii ani. Ea a trebuit și să facă față la un val demografic important care, deși e în regresie acum, continuă să-i modifice structurile: astfel, figura învățătorului, autoritate morală incontestabilă

a satului, a dispărut complet în anonimatul cartierelor și al marilor grupuri școlare. Accesul la școală al ansamblului claselor sociale, școlarizarea unui număr considerabil de copii străini a pus și pune probleme. În fața acestor schimbări, școala nu a știut întotdeauna să se adapteze cu suplețea necesară, atât în organizarea sa materială (problema ritmului școlar, a vacanțelor, a numărului de copii), cât și în însuși conținutul său.

Importanța cantitativă pe care a luat-o eșecul școlar arată că neadaptarea școlii la structurile sociale actuale trebuie să fie luată în considerație în evaluarea neadaptării școală–copil, înainte de a declara acest copil ca „neadaptat". Într-adevăr, ansamblul statisticilor Educației Naționale concordă pentru a recunoaște că un copil din doi atinge CM 2 cu unul, doi sau trei ani întârziere. Acest eșec este foarte precoce din moment ce, încă din CP, 25% dintre copii sunt în situație de eșec, nereușind să învețe să citească, și 25% dintre cei care rămân de abia au atins stadiul lecturii pe silabe. Desigur, cele mai recente recomandări ministeriale întind pe doi ani învățarea cititului, dar efectul lor este mai mult mascarea eșecului, decât găsirea unei soluții.

De altfel, relația directă între nivelul sociocultural și reușita școlară nu poate să fie pusă la îndoială: cu cât nivelul este mai jos, cu atât riscul de eșec școlar este mai mare (tabelul VIII). Apare astfel că rata de eșec școlar se corelează puternic cu nivelul calificării profesionale a tatălui și puțin cu existența sau nu a unei slujbe a mamei; în schimb, este corelat cu nivelul de studii al acesteia. Copiii muncitorilor migranți sunt o tristă ilustrare a acestor corelări pentru că ei cumulează în același timp handicapul lingvistic și condițiile socio-economice defavorabile: astfel se poate considera că doar 20% dintre copiii de migranți scapă de eșecul școlar (v. cap. 24, 3). Acest eșec nu trebuie atribuit bilingvismului deoarece copiii străini, proveniți dintr-un mediu socio-economic favorizat, au o reușită școlară analogă cu copiii autohtoni (Bemelmans).

În plus, evaluările precedente nu țin cont de educația specializată care, în 1978, reprezenta 3,34% din efective (SES, EMP etc).

Asemenea cifre interzic să considerăm eșecul școlar ca fiind singurul rezultat al neadaptării copilului, ceea ce ar reveni să spunem că mai mult de jumătate dintre copii sunt niște neadaptați și necesită îngrijiri și o școlaritate specifică.

Fără să intrăm într-o analiză detaliată a diverselor cauze ale acestui eșec al școlii, vom cita aici doar:

- nerespectarea ritmurilor proprii ale copilului (durată excesivă a zilei de școală și proastă repartiție în an);
- numărul prea mare de copii într-o clasă (cifrele medii ale Ministerului Educației Naționale maschează în realitate o disparitate extremă între clase cu puțini elevi, în regiunile pe cale de depopulare, și clase supraîncărcate în cartierele urbane, exact acolo unde sunt copiii care cumulează cele mai multe dificultăți);

TABEL VIII. – *Rata de eşec şcolar în funcţie de profesia tatălui**

Profesia tatălui	*Procentaj de eşec şcolar la copiii de 9 ani*
Muncitori necalificaţi	27,1%
Agricultori, angajaţi	15,1%
Muncitori calificaţi	13,1%
Comercianţi	11,6%
Artizani, angajaţi calificaţi	10,5%
Cadre medii	6,1%
Cadre superioare	4,3%

*Schmid: populaţia şcolară a cantonului Vaud.

– evoluţia statutului profesorului şi a motivaţiilor sale (dovadă fiind feminizarea extremă) şi corelativ evoluţia relaţiei profesor–elev (motivaţia inconştientă a profesorului este din păcate mai frecvent plăcerea resimţită la stăpânirea grupului decât plăcerea dată de progresul fiecăruia);

– natura însăşi a progresului şcolar (progres de tip frontal, care presupune dobândite noţiunile din anul precedent şi unde fiecare lacună exercită un efect cumulativ asupra învăţatului ulterior, nepermiţând recuperarea, ci dimpotrivă agravând întârzierea);

– evoluţia rolului şcolii primare (al cărui obiectiv nu mai este de a da fiecărui copil un câştig concret: să citească–să scrie–să socotească, direct utilizabil pentru a accede la o meserie, dar şi să-l pregătească pentru învăţământul secundar şi superior: pentru aceasta e suficient să vezi locul ocupat de învăţământul matematicilor moderne);

– în sfârşit, competenţa profesorului, subiect cvasi-tabu, pare să determine în mare parte procentajul mediu de reuşită sau de eşec într-o anumită clasă: Ravard şi col. studiază pe cinci ani şcolari procentajul de eşec în învăţarea cititului (6-7 ani: curs preparator) în trei clase ale căror alte variabile (tipuri de populaţie, nivel sociocultural) sunt comparabile dacă excludem persoana profesorului; procentajul de eşec mediu creşte de la 10%, pentru o clasă, la 27% şi 42%: „competenţa" profesorului pare a fi, după autori, variabila cea mai importantă pentru a explica diferenţele înregistrate în procentajele de eşec şcolar.

Până atunci toate soluţiile propuse de Ministerul Educaţiei Naţionale au mers, indiferent care au fost bunele intenţii iniţiale afişate, în sensul segregării copiilor (clasă specializată, clasă de recuperare, clasă pasarelă). În toate cazurile, se pare că problemele esenţiale, cele ale formării profesorilor şi ale motivaţiei lor de a se ocupa de copiii dificili, sunt evitate, astfel încât în mintea profesorului şi/sau ale elevilor, aceste clase apar ca rezultat al sancţiunii, al rejecţiei sau al eşecului, întărind şi mai mult ceea ce unii numesc „spirala eşecului". În mod similar, natura relaţiei profesor–elev nu este niciodată repusă sub semnul întrebării, ca şi tipul de progres şcolar care presupune o omogenitate extremă pentru fiecare clasă de vârstă.

2. — CLINICA DIFICULTĂŢILOR ŞCOLARE

Când un copil este îndrumat de şcoală la Centrul medico-psihopedagogic, sau când părinţii consultă spontan sau la sfatul medicului lor, în toate cazurile, dificultăţile şcolare ocupă prim-planul scenei. Totuşi părinţii şi profesorul utilizează o grilă simptomatică foarte variabilă unde se amestecă valori morale (leneş, turbulent, rău), valori considerate medicale (instabilitate, dislexie, debilitate), valori sociale în sensul normei („nu e la înălţime") etc. Astfel, cu titlu de exemplu, iată în ordinea frecvenţei dificultăţile relevate de învăţători la copiii de 6-7 ani (Stambak şi colab.):

- dificultăţi de comportament 43,5%;
- dificultăţi motorii 19,6%;
- dificultăţi de vorbire 17,5%;
- dificultăţi de ordin intelectual 9,1%;
- probleme sociale 5,6%;
- tulburări somatice 2,6%;
- absenteism .... 1,8%.

În toate cazurile, instabilitatea este motivul de semnalare cel mai frecvent, rubrică unde băieţii sunt net suprareprezentaţi. În schimb, există mari diferenţe de la o şcoală la alta, chiar de la un profesor la altul, la nivelul procentajului global de copii semnalaţi, ceea ce dovedeşte o sensibilitate (sau o intoleranţă) foarte variabilă.

O dată cu vârsta, natura dificultăţilor scade, marcată fiind de existenţa de dificultăţi numite specifice (dislexie, discalculie), apoi de apariţia eşecului şcolar. În ceea ce priveşte *instabilitatea, problemele legate de stângăcie, dificultăţile motorii* diverse, trimitem cititorul la cap. 5. *Dificultăţile de vorbire* (cap. 6), *de nivel intelectual* (v. cap. 9) au fost studiate în altă parte, ca şi *inhibiţia* (v. cap. 17, 2.4.), atât în partea sa cognitivă, cât şi în dimensiunea sa afectivă.

Vom aborda aici: A) dificultățile numite specifice; B) eșecul și retardul școlar; C) în sfârșit fobia școlară.

2.1. — DIFICULTĂȚI SPECIFICE DE ÎNVĂȚARE

Numim „dificultăți specifice" dificultățile strict localizate la un tip de învățare ca cititul sau calculul, și care nu determină, cel puțin teoretic, dificultăți în celelalte domenii. Le întâlnim în mod privilegiat în clasele de învățare primare și elementare (CP, CE1, CE2). Ulterior este obișnuit ca dificultatea, mai întâi specifică, să aibă un răsunet pe ansamblul școlarității: riscul este atunci de a se ajunge la eșecul școlar.

Dislexia. — Vezi cap. 6, 4.

Discalculia. — Mult mai rară decât precedenta. Se poate defini discalculia ca un eșec în învățarea primelor elemente de calcul și un eșec în capacitatea de a folosi un număr mic într-o manieră adecvată. În forma sa completă, **sindromul Gerstmann** cuprinde:

1) tulburări de achiziție a calculului;
2) o angozie a degetelor;
3) o indistincție dreapta–stânga;
4) o disgrafie;
5) o apraxie constructivă.

În realitate, cea mai frecventă pare a fi asocierea unei discalculii, a unei disgnozii digitale (dificultate motorie și de recunoaștere a degetelor, făcând număratul pe degete dificil, chiar imposibil) și a unei apraxii constructive.

Studiul funcției numerice cu metode piagenetice arată că dificultatea se manifestă în toate aspectele calculului (ordinație, cardinație, operativitate matematică). În testele de nivel există un decalaj obișnuit între testele verbale (bune, chiar superioare) și testele de performanțe.

Pe plan psihopatologic, Hasaert-Van Geertruyden distinge:

– o discalculie adevărată, apărută de la cea mai mică vârstă, cu o dispraxie digitală accentuată;

– o discalculie asociată cu tulburări de organizare spațială, de apariție mai tardivă. Ea nu afectează achiziția numerelor, ci mai mult probele de operativitate (îndeosebi mânuirea cantităților continue cum sunt suprafața, lungimea, volumul);

– o discalculie legată de dificultăți psihoafective. Precocitatea și gravitatea discalculiei depind de acestea din urmă. Când este vorba de o organizare de tip nevrotic mai ales fobic (prin deplasarea angoasei nevrotice asupra numărului), aptitudinile numerice fundamentale nu sunt dobândite. În schimb, în caz de organizare psihotică sau prepsihotică, numărul sau cifra capătă semnificații simbolice cvasi-delirante, împiedicând orice posibilitate de mânuire operatorie (Brousselle) și provocând în consecință eșecuri grave în calcul.

Reeducarea copilului cu discalculie, în afara factorilor psihoafectivi, trece mai întâi printr-o reeducare psihomotorie centrată pe organizarea schemei corporale și pe diferențierea gnoziilor digitale (Hasaert-Van Geertruyden). Ulterior, mișcările de numărat, manipulările de seriere, de grupare, de corespondență termen cu termen plecând de la un material concret (jetoane, tije, rigle) permit accesul foarte progresiv la operațiile abstracte.

2.2. — RETARD ȘCOLAR, EȘEC ȘCOLAR

Clasic distingem retardul școlar de eșecul școlar, acest ultim termen fiind rezervat retardului mai mare de doi ani. În realitate, retardul precede întotdeauna eșecul și ajunge frecvent la el dacă nu se declanșează nici o acțiune preventivă.

Nu vom reveni asupra importanței acestui fenomen, nici asupra dimensiunii sale sociale (v. I-a parte) care constituie fundalul eșecului școlar. Eșecul școlar este diferit de **scăderea randamentului școlar**: în acest ultim caz, se constată o perioadă de școlaritate satisfăcătoare înainte să apară conduitele de eșec. În majoritatea cazurilor, scăderea randamentului apare ca o reacție fie la dificultăți familiale (boală a mamei, separare a părinților, deces), fie la conflicte actuale proprii copilului. În câteva cazuri, scăderea bruscă a randamentului, fără nici o cauză aparentă, poate fi primul indiciu al unei dezorganizări psihotice.

Eșecul școlar „permanent", apărut de la începutul școlarității, are niște cauze multiple: sociale, familiale, pedagogice, deja discutate, dar și la nivelul copilului însuși. Pe acestea ultimele le vom discuta aici.

Debilitatea mintală

Dacă o debilitate mintală medie împiedică progresul școlar, în schimb debilitatea ușoară sau limită (v. cap. 9, 3.) nu pare a fi cauza principală a eșecului școlar, nivelul intelectual al copiilor în situație de eșec fiind foarte variabil, chiar dacă vârful curbei este decalat către o medie ușor inferioară. Se cunoaște importanța factorului socio-economic în determinismul debilității mintale limită astfel încât se observă aici un efect cumulativ între debilitatea limită și eșecul școlar, unul întărindu-l pe celălalt, profesorul sau instituția Educației Naționale mulțumindu-se cu această abordare explicativă simplistă.

Refuzul școlar

Poate să dobândească un aspect masiv și activ. Uneori, pare să vină de la copil care se opune la orice achiziție școlară. Dar, în alte cazuri, el apare ca dovada ostilității mai mult sau mai puțin manifeste a părinților față de școală, mai ales când aceștia își proiectează masiv vechile lor probleme față de școală asupra experienței școlare actuale a copilului lor. Acest refuz școlar este de natură diferită în raport cu vârsta:

– opoziție activă zgomotoasă, cu atitudini de refuz sau tulburări de comportament (furie, instabilitate) la copil;

– opoziție mai pasivă a unui copil șters și tăcut (cu capul „în lună", visător) sau opoziție care se exprimă prin absențe de la școală ale preadolescentului sau adolescentului.

Acest refuz școlar se observă uneori ca o componentă a unei organizări caracteriale sau psihopatice. În alte cazuri, pare să rezulte dintr-o inhibiție în fața problematicii oedipiene, mai ales în rivalitatea cu tatăl. Alteori, este consecința unor exigențe parentale excesive pe care copilul nu le poate asuma. În toate cazurile, semnificația sa nu este niciodată univocă, diferitele nivele de interacțiune fiind strâns legate.

Dezinteresul școlar

Nu se poate vorbi despre dezinteres sau dezinvestiție școlară decât la sfârșitul perioadei de latență și la adolescență. La această vârstă, necesitatea învățării nu mai este o constrângere externă impusă de părinți sau de dorința de a se face plăcut, ci începe să fie integrată într-o motivație internă.

Dezinteresul școlar al adolescentului se exprimă prin dezgustul față de orice are de-a face cu școala, inutilitatea sa, plictiseala care o domină; este de obicei înglobat în critici existențiale mai generale.

Dezinvestirea se însoțește uneori de un absenteism școlar important și care poate să meargă până la oprirea școlarității. Element al unei crize de tristețe juvenilă, dezinvestirea școlară poate să fie dovada unei problematici mai profunde, cum ar fi o reală depresie a adolescentului sau chiar, prin apragmatismul și dezinvestirea generală care o însoțesc, să ne facă să ne temem de o reacție psihotică.

Inhibiția școlară

În forma sa cea mai tipică, inhibiția școlară antrenează o suferință la copilul incapabil să muncească sau să se „concentreze" pe sarcina sa în pofida dorinței sale. Ea se poate observa în afara oricărui alt tip de inhibiție (inhibiție a proceselor cognitive, inhibiție afectivă sau timiditate). Ea produce în general o organizare nevrotică conflictuală: dorința epistemofilică nu este degajată de pulsiunea scotofilică și voaioristă deoarece mecanismele mentale zise nevrotice (deplasare și sublimare) nu au ajuns la dezvoltare completă. Astfel dorința epistemofilică rămâne foarte culpabilizată și suferă o refulare. În alte cazuri, cunoașterea pare investită cu o putere redutabilă care reactivează rivalitatea cu tatăl și cu imaginea sa.

Acestea reprezintă înseși mecanismele organizării nevrotice. Retrimitem cititorul la capitolul asupra nevrozei (v. cap. 17 și mai ales cap. 17, 2.4.).

2.3. — FOBIA ȘCOLARĂ, REFUZUL ȘCOLAR ANXIOS

În 1941, A. Johnson și col. folosesc termenul de „fobie școlară" pentru a descrie „copiii care, din motive iraționale, refuză să se ducă la școală și se opun cu reacții de anxietate foarte puternice sau de panică când încerci să-i forțezi".

Câțiva ani mai târziu, Estes și col. (1956) situează nodul patologic nu în frica lor de școală, ci în angoasa de a o părăsi pe mamă, și introduc conceptul de angoasă de separare, refuzul școlar nefiind decât una dintre expresiile manifeste. Mai târziu, expresia „refuz anxios al școlii" (Last, 1987) tinde să preia ștafeta, mai ales în literatura anglo-saxonă. Clasificarea americană DSM (versiunea III-R și IV) situează fobia școlară sau refuzul anxios al școlii fie în categoria tulburării reprezentate de angoasa de separare, fie ca expresie simptomatică a unei fobii sociale, clasificare care pare dependentă mai ales de vârstă.

Vârsta începutului fobiei școlare prezintă mai multe vârfuri, către 5/7 ani, către 10/11 ani și la adolescență (12-15 ani). Vor fi abordate aici doar fobiile școlare ale copilului mic (pentru copilul mare și pentru adolescent vezi: *Adolescență și psihopatologie*, ed. a 4-a, p. 398), forme în care angoasa de separare pare a fi axa patologică dominantă (v. și capitolul „Stări anxioase și nevroză").

Repere epidemiologice. — Este greu să avem o idee precisă asupra frecvenței fobiei școlare **la copil** în măsura în care majoritatea studiilor includ adolescența, vârstă la care această patologie pare să fie mai frecventă. Global, pe ansamblul populației care se prezintă pentru consultație la psihiatrie (copii și adolescenți), această tulburare ar reprezenta 5% dintre cazuri (Hersov L., 1990). Într-o anchetă în populația generală asupra manifestărilor clinice de angoasă de separare după criteriile DSM III-R (mai ales criteriul duratei: să se manifeste timp de două săptămâni consecutive. Acest criteriu a fost extins la 4 săptămâni în versiunea DSM-IV), am găsit (D. Marcelli și col., 1996) o incidență de 1,6% după profesori (3,9% după părinți) în momentul începerii școlii primare între 5 ani și jumătate și 6 ani și jumătate (această incidență este de 4,8 după profesori și de 7,8% după părinți, la intrarea în grădiniță, între 2 și 3 ani).

Cu cât copilul este mai mic, cu atât pare să fie mai dificil de diferențiat angoasa de separare, numită de dezvoltare, de o angoasă de separare care devine patologică. Este cauza pentru care pare prudent să rezervăm termenul de „fobie școlară" sau „refuz anxios al școlii" copiilor care se duc la școala primară (aproximativ 6-7 ani) chiar dacă pare important să reperăm copiii mici care dezvoltă un refuz de a merge la grădiniță. Pentru aceștia din urmă ar trebui folosit doar termenul de „angoasă de separare".

Studiu clinic

Deși uneori e progresiv, debutul e frecvent brutal la copilul mic. Uneori manifest de la începutul anului școlar, apariția simptomelor clinice poate și să fie întârziată cu câteva săptămâni sau luni mai ales după o întrerupere școlară pentru vacanțe, o boală sau un eveniment intercurent (mutare, schimbare a școlii, a profesorilor, plecare a unui camarad de clasă...). Uneori este considerat responsabil un eveniment: ceartă din partea profesorului, conflict cu camarazii, episod de encoprezis. Nu trebuie să ignorăm posibilitatea unei agresiuni sau a unei amenințări (racket) de care copilul încearcă să scape prin refuzul școlar.

Dacă, în acest ultim caz, condițiile de mediu sunt de luat în considerare, rămâne faptul că frecvent copilul prezintă și trăsături psihopatologice dominate de anxietate și inhibiție.

Momentul fobic. — Copilul cu fobie școlară prezintă o reacție de angoasă intensă legată puternic de momentele fobice: în momentul plecării la școală, copilul se agită, manifestă panică intensă. Plânge, își roagă părinții, promite că se va duce la școală a doua zi. Dacă este forțat, criza capătă o turnură dramatică: se închide în camera sa, fuge plângând. Copilul este atunci inaccesibil la orice raționament. În câteva cazuri, constrângerea pare să-l calmeze, el se lasă atunci condus pasiv la școală, dar foarte repede își părăsește clasa, fuge irezistibil pentru a se-ntoarce acasă sau rătăcește nefericit dacă ușa casei este închisă. Uneori, mai ales către 5-7 ani, el prezintă plângeri somatice (cefalee, dureri abdominale), sau chiar vărsături. Mai rar, notăm conduite agresive (busculadă, agitație) care sunt de fapt martorul reacțiilor de suferință și de angoasă în fața constrângerii.

În afara momentelor fobice. — Din momentul în care copilul nu mai este confruntat cu plecarea la școală, el se calmează, promite să se ducă fără probleme „mai târziu". El este atunci, în toate celelalte domenii, un copil care cooperează ușor. El are raționalizări conștiente pentru fobia sa: profesorul este sever, colegii de clasă sunt răi sau își bat joc de el, schimbarea recentă de școală este de vină sau ultima absență din cauza bolii sale. Mai departe, fobia se justifică de la sine deoarece copilului îi este frică de a fi rămas în urma celorlalți copii, de a nu mai cunoaște programul.

În schimb, nu va exista nici un refuz pentru a studia acasă: el acceptă să-și facă temele acasă, încearcă să-și reducă întârzierea, uneori chiar se notează o hiperinvestire: își petrece toate zilele făcându-și temele astfel încât, în pofida unei absențe prelungite de frecventare a școlii, nivelul pedagogic poate să rămână excelent.

Alte manifestări. — Dacă fobia școlară e uneori izolată, nu este rar să observăm alte conduite:

– *simptome de alură nevrotică:* cel mai frecvent este vorba despre manifestări anxioase diverse: anxietate de separare sau anticipare anxioasă a separării, dificultăți de adormire, coșmaruri, fobii diverse (frică de întuneric, agorafobie) concomitente sau vechi. Ritualuri, elemente ale seriei obsesionale pot preceda fobia școlară, centrate în special pe școală: ordonarea servietei, meticulozitate a muncii;

– *comportament agresiv sau impulsiv și relație de tip sadomasochist cu un membru al familiei, mai ales cu mama;*

– *stare depresivă,* în sfârșit, asociată frecvent cu fobia școlară (20% dintre cazuri, după Dugas), mai ales la preadolescent.

Diagnostic diferențial

Angoasa de separare numită de dezvoltare trebuie luată în considerare la copilul mic înainte de vârsta de 2-3 ani (v. faza de protest, cap. 18, 13.). La grădiniță, manifestările angoasei de separare sunt frecvente și tranzitorii la început. Dacă aceste manifestări durează mai multe săptămâni, *a fortiori* dacă ele se reproduc de la un an școlar la altul, va fi de dorit să căutăm celelalte simptome ale angoasei de separare patologice, îndeosebi toate conduitele de anticipare anxioasă a separării.

O abordare terapeutică timpurie este recomandată pentru a evita apariția ulterioară a unui veritabil refuz anxios al școlii.

Chiulul copilului mare sau al adolescentului nu se însoțește de cortegiul angoasei: copilul părăsește casa în mod normal, este fericit și se joacă în timpul zilei. Teama nu apare decât la ora întoarcerii, în fața fricii de a fi certat.

Refuzul școlar nu prezintă nici el reacția de angoasă caracteristică.

Abordări psihopatologice

Testele psihologice nu oferă particularități deosebite: eficiența intelectuală este bună, chiar superioară. La Rorschach, inhibiția pare a fi trăsătura dominantă

cu, atunci când se poate exprima, o afectivitate „labilă, egocentrică şi impulsivă" (Dugas şi Guèriot) şi care maschează o angoasă profundă şi veche.

Organizarea psihopatologică subiacentă este apreciată diferit după autori: unii consideră că fobia şcolară se integrează întotdeauna într-o organizare nevrotică de tip fobic, alţii, dimpotrivă, găsesc nivele de organizare foarte variabile sub aceeaşi conduită aparentă.

Dar, cu cât copilul este mai mic, cu atât problematica angoasei de separare ocupă mai mult primul plan. Totuşi, această constatare nu răspunde la întrebarea trecerii de la angoasa de separare numită de dezvoltare la forma numită patologică (sau după DSM-III-R sau IV: tulburarea angoasă de separare). Este oare cea de-a doua o simplă prelungire a celei dintâi?

Numeroşi autori adoptă această poziţie, în spiritul DSM. Totuşi, la copilul mare, apariţia unei fobii şcolare nu este în mod necesar precedată de manifestările angoasei de separare în mica copilărie şi poate fi dovada unei alte suferinţe anxioase (tulburare de panică sau acces de angoasă paroxistică). De altfel, inclusiv la copilul mic, nu este evident că manifestările de protest şi de suferinţă anxioasă după o separare au la bază acelaşi proces psihopatologic ca manifestările de anticipare anxioasă ale unei separări viitoare. Într-un studiu epidemiologic efectuat asupra a 1206 copii în vârstă de 2-3 ani sau de 6-7 ani, am arătat (D. Marcelli şi col., 1996) că copiii care prezentau semne de anticipare anxioasă a separării erau diferiţi de cei care prezentau semne de anxietate după separare: factorii de risc caracteristici celor două grupuri sunt destul de diferiţi.

Pare deci necesar să luăm în considerare condiţiile de elaborare şi de transformare a angoasei şi organizarea nevrotică susceptibilă de a se organiza în cursul acestei perioade oedipiene (6-7 ani): vezi capitolul *Stări anxioase şi nevroză*.

Dinamica familială. — Toţi autorii sunt de acord să recunoască particularitatea constelaţiei familiale. Copilul este mereu foarte dependent de familia sa, uneori cu o notă de agresivitate ambivalentă (copilul îşi poate justifica fobia şcolară prin teama ca mama sa să nu moară când el este la şcoală).

Mama este o personalitate frecvent anxioasă, chiar fobică: astfel, Berg notează frecvenţa unei mame agorafobice. Ea este supraprotectoare, în identificare constantă şi invazivă cu copilul său pe care-l menţine într-o stare de dependenţă strânsă, întărită şi mai mult de rolul contrafobic pe care-l obligă să-l joace. Nu este rară o relaţie de tip sadomasochist între mamă şi copil.

Tatăl este întotdeauna puţin securizant, slab, chiar absent (divorţ sau deces).

În această triangulare familială specifică, copilul, mai ales băiatul, nu pare să găsească în tatăl său o posibilitate de identificare pozitivă: fobia şcolară este dovada prăbuşirii posibilităţilor sale de identificare, în consecinţă a prăbuşirii

idealului Eului şi a narcisismului copilului. Refugiul într-o poziţie pasivă o satisface pe mamă şi îl linişteşte pe copil, instaurând un cerc vicios. Importanţa acestei constelaţii familiale îl incitase pe M. Sperling să distingă *fobia şcolară acută* (secundară unui traumatism care reprezintă pentru copil o ameninţare pentru capacităţile sale de control a realităţii: datorită simptomului fobic el îşi menţine o vigilenţă constantă asupra anturajului său), *fobia şcolară indusă* (secundară unei relaţii mamă–copil patologică, tipică atunci când este vorba de o mamă agorafobică), în sfârşit, *fobia şcolară cronică* (interferenţa dintre cele două precedente).

Evoluţie şi abordare terapeutică

Evoluţia depinde evident de structura psihopatologică subiacentă şi de dinamica conflictuală familială. Foarte schematic se poate spune că:

– 30 până la 50% dintre cazuri au o evoluţie favorabilă atât pe planul reinserţiei şcolare, cât şi pe cel al vieţii extraşcolare;

– aproximativ 30% au o evoluţie marcată de persistenţa dificultăţilor nevrotice, cu menţinerea uneori a unei fobii şcolare mai mult sau mai puţin accentuate, dar inserţia socială e satisfăcătoare;

– 20 până la 30%, în sfîrşit, au o evoluţie defavorabilă marcată de persistenţa unei fobii şcolare, dar mai ales prin existenţa de simptome diverse care determină dificultăţi considerabile de adaptare socială.

Abordarea terapeutică este funcţie de fixitatea sau nu a simptomului, dar şi de contra-atitudinea pe care o induce: într-o manieră generală, orice atitudine de constrângere (încă frecventă din păcate) nu face decât să întărească simptomul:

– abordarea psihoterapeutică este de dorit, dar se înscrie într-o perspectivă pe termen lung. Nu trebuie să ne aşteptăm ca aceasta să ducă la efecte directe asupra simptomului. În schimb, angoasa poate fi elaborată şi nivelul său atenuat;

– abordarea familială (terapeut identic cu copilul mic, terapeut diferit cu copilul de 9-13 ani) este indispensabilă pentru a resitua funcţia simbolică paternă. Ea nu este din păcate acceptată întotdeauna de familie;

– spitalizarea temporară, prin rolul său de decondiţionare, aduce în fobiile şcolare cronice singura posibilitate de schimbare şi permite copilului o reinserţie şcolară adaptată (şcoala la spital) şi integrarea într-un grup terapeutic. Este uneori un moment indispensabil înainte de a fi urmată de alte metode;

– antidepresivele triciclice sunt utile când o reacţie depresivă este asociată cu fobia şcolară, mai ales la adolescent. Se pot observa evoluţii spectaculoase.

3. — AMENAJĂRILE ȘCOLARITĂȚII*

3.1. — ISTORIC

În privința școlii

Din momentul în care a devenit, în 1882, publică, laică și obligatorie până la 16 ani (1959), școala s-a interesat de timpuriu de copiii incapabili de învățare, într-o optică de reeducare. Crearea de clase speciale trebuia să răspundă nevoilor lor și să le permită să dobândească un minim de cunoștințe (citit, scris, numărat).

Primele clase de perfecționare create în 1909 au primit elevii în eșec școlar, evaluați prin testul Binet-Simon, pus la punct cu acest scop câțiva ani mai devreme. Ele nu mergeau mai departe de 14 ani. Când școlaritatea obligatorie s-a extins la 16 ani, școala a separat școala secundară de cea primară, lăsând clasele de perfecționare să primească copiii până la 12 ani și a creat secții de studii specializate pentru învățământul secundar (între 12 și 16 ani). Acestea din urmă, numite acum secții de învățământ general și profesional adaptat, sunt organizate pe același model ca omologii lor din colegii: a 6-a, a 5-a, și așa mai departe până la a 3-a.

La acest dispozitiv s-a adăugat împărțirea învățământului secundar în două cicluri: primul ciclu, clasa 6-a și a 5-a, constituind ciclul zis de „observație" și permițând, la sfârșitul său, orientarea către cicluri profesionale scurte (pregătire de certificate de aptitudini profesionale) a elevilor care nu pot să urmeze un învățământ general; cel de-al doilea ciclu, clasa 4-a și a 3-a, constituind un ciclu zis de „orientare" și deschizându-se asupra unor cicluri profesionale lungi (pregătirea de diplome de învățământ profesional, permițând ulterior întoarcerea la circuitul obișnuit la nivelul primei clase de liceu).

Aceste dispozitive diferite au drept obiectiv să moduleze cadrul școlar propus într-un mod obligatoriu până la 16 ani și de a preveni eșecul în învățământul general.

În privința pedopsihiatriei

De la închiderea instituțiilor psihiatrice și deschiderea spitalelor de zi, interesul frecventării școlii cu program scurt pentru unii copii, îngrijiți de acum în ambulatoriu, a devenit evident pentru pedopsihiatri. Noțiunea de integrare școlară s-a născut cu mult înainte de recunoașterea sa oficială.

* Paragraf scris de Dr N. Catheline.

Găsim prima definiție oficială a integrării în circulara emisă de Ministerul Educației Naționale în 29 ianuarie 1982 (82-048). Acest text se referă în același timp la handicapații mintal, motor și senzorial:

„Integrarea vizează mai întâi să favorizeze inserția socială a copilului handicapat, plasându-l cât mai devreme posibil într-un mediu obișnuit în care el să poată să-și dezvolte personalitatea și să-și facă acceptată diferența. Ea îi permite apoi să beneficieze, în cele mai bune condiții, de o formare generală și profesională, favorizând autonomia individuală, accesul la lumea muncii și participarea socială. În sfârșit, lărgind câmpul soluțiilor propuse părinților, integrarea le permite să-și exercite pe deplin responsabilitățile și să facă o alegere veritabilă în materie de educație pentru copilul lor handicapat".

Integrarea școlară se articulează în jurul a două texte de lege: legea din 30 iunie 1975 în favoarea handicapaților, iar cele două circulare din 29 ianuarie 82 și din 29 ianuarie 83 sunt puneri în aplicare, și legea de orientare asupra educației din 10 iulie 1989 care nu cuprinde în ea însăși nici o referință nouă la integrare dar fixează condițiile unei noi politici pentru școală, mai favorabilă integrării, organizării ciclurilor, pedagogiei diferențiate și adaptării învățământului la ritmul copiilor.

În 1982 sunt trasate marile linii ale acestei noi politici de integrare școlară: *integrarea trebuie să fie practicată fără sistematizare, ea poate să îmbrace forme multiple în funcție de tipul de handicap, de personalitățile copiilor, de evoluția lor și de dorința familiilor.*

În 1983 (circulara din 29 ianuarie 1983: 83-082, 83-4 și 3/83/8), sunt precizate modalitățile de acțiune: mijloace reprezentate de personal și de localuri, dar mai ales modalități de cooperare între școală și sectorul medical și medico-educativ. Se stabilește un model tip de convenție care leagă partenerii integrării, convenție la care este anexat proiectul individual pentru copilul respectiv. Directorul de școală devine coordonatorul acțiunilor de integrare și li se cere instituțiilor de îngrijire să detașeze o parte din personalul lor pentru a participa la integrare.

Din 1989 (legea orientării școlare din 10 iulie 1989), școala se dotează cu un nou dispozitiv care facilitează integrarea, cu:

– reoganizarea rețelei de ajutor specializat pentru elevii în dificultate (fostul GAPP, grupare de ajutor psihopedagogic) devenit din 9 aprilie 1990 rețea de ajutor specializat al educației naționale (RASED) (circulara 91-082). Această nouă dispoziție nu-i mai lasă singuri pe reeducatorii Ministerului Educației Naționale în fața tratamentului eșecului școlar, ei pot de acum să ceară, caz cu caz sau prin convenție, ajutorul unor instituții de îngrijire exterioare școlii, fie că este vorba de centre medico-psihologice (CMP), de centre medico-psihopedagogice (CMPP) sau de instituții specializate;

– crearea de clase de integrare școlară (CLIS) pe 18 noiembrie 1991 (circulara

91-304), a cărei originalitate rezidă în „trierea“ în prealabil a handicapurilor: handicapuri senzoriale, handicapuri motorii, handicapuri mintale şi funcţionând pe un model „fără bariere“: perioade alternate de pedagogie adaptată handicapului şi de integrare într-o clasă obişnuită corespunzând vârstei civile a copilului;

– apoi crearea unităţilor pedagogice integrate (UPI), în cadrul învăţământului secundar, la data de 17 mai 1995 (circulara 95-124). Aceste structuri s-ar ocupa de copiii cei mai în dificultate, datorită muncii conjgate a pedagogilor specializaţi din Ministerul Educaţiei Naţionale (profesor de şcoală titular al CAPSAIS) şi din serviciile de îngrijire: servicii de îngrijire şi de educaţie la domiciliu, de exemplu.

Două circulare (30 octombrie 1989 şi 18 noiembrie 1991) precizează de altfel necesitatea de a favoriza integrarea copiilor care necesită educaţie specială (instituţii de educaţie specială şi centre de îngrijiri medicale care dispun deja de personal de predare: spitale de zi, servicii spitaliceşti, instituţii cu caracter medical, sanitar sau social) şi insistă asupra necesităţii pentru aceste structuri de a dispune de personal de predare în cantitate şi calitate suficientă, adică titular al CAPSAIS (certificat de aptitudine pentru activităţile pedagogice specializate pentru adaptarea şi integrarea şcolară).

3.2. — CONCEPTUL DE INTEGRARE ŞCOLARĂ

Conceptul de integrare, adică *operaţia prin care un individ sau un grup se incorporează într-o colectivitate, într-un mediu* (Dicţionarul *Robert*), nu are prejudecata unei soluţii unice. Acest concept a evoluat plecând de la o abordare relativ statică (cea a prezenţei într-un mediu obişnuit) către o abordare mai dinamică ce implică luarea în considerare a evoluţiei copilului prin căutarea soluţiei optimale la un moment dat. Principalul său obiectiv este deci de a oferi răspunsuri adaptate nu doar fiecărui tip de handicap, ci şi personalităţii copiilor, diferitelor etape ale evoluţiei lor, dorinţelor lor şi ale familiilor lor, răspunsuri pregătite de mediul de primire. Dincolo de amenajările şcolarităţii propriu-zise, urmarea unui traseu şcolar, oricare ar fi locul şi modalităţile, poate reprezenta pentru copilul handicapat un proces integrator optimal, cu condiţia să ţină cont de handicapul copilului. Această dezvoltare a unei politici de integrare tinde să corecteze deficienţele politicii instituţionale a anilor ’50-’60 care a condus la crearea oarecum anarhică a unei cohorte de instituţii medico-sociale.

3.3. — STAREA ACTUALĂ A INTEGRĂRII

Care sunt mijloacele de care dispune integrarea?

La grădiniţă. — Aceasta nefiind obligatorie, nu există nici o reglementare şi integrările de copii handicapaţi mintal, motor şi senzorial se fac la mica înţelegere între instituţiile de îngrijire, familie şi şcoală. Socializarea şi dezvoltarea instrumentelor de comunicare fiind prioritare, atât pentru profesionişti cât şi pentru familie, în absenţa focalizării asupra deprinderilor strict şcolare, realizarea unei integrări şcolare este destul de simplă şi, în majoritatea cazurilor, benefică şi eficace. Astfel, copiii psihotici sau cu trisomie 21 ar avea de câştigat din frecventarea grădiniţei cu program redus.

La şcoala elementară. — Clasele de integrare şcolară (CLIS) şi reţeaua de ajutor specializat a educaţiei naţionale (RASED) asigură dispozitivul de integrare. CLIS-urile, create prin legea de orientare din iulie 1989, plasate sub responsabilitatea directorilor şcolilor în care sunt instalate, sunt ţinute de profesori titulari ai CAPSAIS-ului şi care au o formare specifică în funcţie de handicap. Într-adevăr, aceste CLIS se substituie claselor speciale (clase de perfecţionare, clase pentru handicapaţii motor, senzorial etc.) dar ele se repartizează în 4 tipuri după handicap: CLIS 1 pentru handicapaţii mintal, CLIŞ 2 pentru handicapaţii auditiv, CLIS 3 pentru handicapaţii vizual, CLIS 4 pentru handicapaţii motor. Obiectivul CLIS-urilor este de a permite acestor elevi să urmeze total sau parţial un traseu şcolar identic cu copiii normali de aceeaşi vârstă, câştigând şi dintr-o şcolaritate adaptată, şi din inserţia acestor clase într-un mediu obişnuit. Ei beneficiază în plus de îngrijiri specifice pentru handicapul lor, asigurate de instituţia sanitară legată prin convenţie de şcoală (centru medico-psihologic, CMPP, SSESAD etc.). CLIS-urile pot să primească cu program redus copiii plasaţi în instituţii specializate. Admiterea în aceste clase este subordonată deciziei unei comisii de educaţie specială (CCPE în principiu, CDES uneori când intervine un serviciu de integrare cu preţ pe zi, SSESAD de exemplu) (v. cap. 26, 3.3.).

RASED-urile, care au înlocuit GAPP (grup de ajutor psihopedagogic) create în 1970, sunt întotdeauna constituite dintr-o echipă formată din trei profesori specializaţi care au lucrat cu copiii cel puţin cinci ani, formaţi în tehnici specifice de readaptare şi în practica testelor de evaluare: reeducatorii în psihopedagogie, reeducatorii în psihomotricitate şi psihologii şcolari. Recrutarea şi formarea acestora din urmă sunt totuşi în curs de reformă. Diferenţa dintre GAPP-uri şi RASED-uri se situează la nivelul obiectivului lor. S-au deschis către prevenţie. Părăsind unicul domeniu al reeducării care era înainte rezervat GAPP-urilor,

RASED-urile nu ezită să facă apel la sectoarele de psihiatrie infanto-juvenilă, la CMPP-ul din vecinătate, la SSEAD „*într-un spirit de coordonare care dezvoltă şi întăreşte rolul său deosebit de favorabil, şi anume o acţiune mediatizată pe lângă copii, familii şi profesori*“ (Decobert S., 1985).

În învăţământul secundar. — Dispozitivul de integrare este mai puţin amplu din două motive: primul este că, de obicei, cazurile cele mai grele (psihoze, autisme, alterări cromozomiale) au o evoluţie care nu autorizează un ritm şi o calitate a achiziţiilor permiţând accesul la învăţământul secundar. Mulţi dintre aceşti copii sunt luaţi în grijă de către structuri medico-educative adaptate (IME). Cel de-al doilea este că există deja în învăţământul secundar o organizare complexă şi diversificată de învăţământ şi de formare sau de preformare profesională adaptată: secţii de educaţie generală şi profesională adaptată (fostele SES), CIPPA (cicluri de inserţie profesională prin alternanţă) care au înlocuit CPA (clase de preînvăţare) şi CPPN (clase preprofesionale de nivel), a 4-a tehnologică şi a 3-a de inserţie. Şcoala asigură frecvent marea majoritate a inserţiei şcolare şi profesionale a copiilor şi adolescenţilor care prezintă handicapuri stabilizate ale copilăriei. Totuşi, au apărut noi tendinţe, iar circulara din 18 noiembrie 1991 (91-302), inspirându-se din urmările pozitive ale integrării handicapaţilor în şcoala elementară, ar dori să vadă acest dispozitiv de integrare extinzându-se la învăţământul secundar. Asociaţiile de familii au fost deosebit de determinante în realizarea acestor dispoziţii. În mai 1995 au fost create UPI (unităţi pedagogice adaptate: circulara din 17 mai 1995, nr. 95-124). Vor urma desigur alte circulare de aplicare. Astăzi, UPI nu funcţionează încă. Obiectivul lor este de a permite unor tineri handicapaţi, majoritatea trăind în instituţii (sau în aşteptare) să beneficieze, prin frecventarea mediului şcolar obişnuit, atât de deprinderile sociale, gaj al unei bune inserţii în lumea muncii, cât şi de o întărire a achiziţiilor şcolare, premise ale unei formări profesionale. UPI primesc preadolescenţi şi adolescenţi de la 11 la 16 ani al căror handicap mintal a fost recunoscut de o comisie de educaţie specială (CDES sau CCSD).

3.4. — CÂŢI COPII SUNT VIZAŢI DE INTEGRAREA ŞCOLARĂ?

Efectivele de elevi handicapaţi integraţi scad regulat din 82-83. Anul '89-'90 este ultimul an în care numărul total al handicapaţilor a fost repertoriat: 24 659 (Triomphe A., 1995). Nu mai există acum mijloace disponibile pentru a recenza populaţia handicapată integrată în totalitatea sa, integrarea având drept obiectiv tocmai sfârşitul acestei distincţii. În 1989-90, 16385 elevi handicapaţi erau integraţi în şcoala primară, respectiv 66,4% din populaţia handicapată şi doar

8274, respectiv 33,6% în şcoala secundară. Populaţia handicapată este puţin mai şcolarizată în ciclul primar faţă de populaţia generală (62,2% faţă de 58,4%). În schimb, şansa pentru copiii handicapaţi de a urma studii secundare este mai mică decât pentru populaţia generală: 33,6% faţă de 44,9% dintre copiii din populaţia generală. Mulţi copii şi adolescenţi handicapaţi sunt integraţi în învăţământul profesional (19,2% faţă de 13,3% pentru populaţia generală). Prin opoziţie, ei urmează mai puţin învăţământul general (18,6% faţă de 28,3%). Repartiţia pe tip de handicap arată o diminuare netă în timp a deficienţilor intelectuali: ei trec de la 13781 în '82-'83 la 6607 în '89-'90, partea sa relativă trecând de la 44% la 26,8%, în profitul celorlalte categorii de handicapuri: aproximativ 2300 pentru deficienţii vizual, 4400 pentru deficienţii auditiv, 9500 pentru deficienţii motori şi 2209 pentru tulburările relaţionale, categorie repertoriată pentru prima dată în anchete în 85-86, dar care dispare din anchete în '90-'91, o parte fiind probabil inclusă în deficienţii intelectual. În învăţământul primar, repartiţia handicapurilor se face după cum urmează: 1042 deficienţi vizual, respectiv 7%, 2490 deficienţi auditiv, respectiv 16%, 4384 deficienţi motor, respectiv 29%, 1104 suferind de tulburări somatice, respectiv 7% şi 6294 copii deficienţi intelectual, respectiv 41%. În învăţământul secundar, repartiţia pe tip de handicap arată o scădere a deficienţilor intelectual care nu mai reprezintă decât 7,5% din efectivul total, deficienţii vizuali: 14%, deficienţii auditivi: 32%, infirmii motori: 21% şi celelalte deficienţe fizice: 25%. Repartiţia elevilor din învăţământul secundar după tipul de handicap arată că deficienţii vizual şi, mai puţin, infirmii motor şi celelalte deficienţe fizice au mai multe şanse de a urma o şcolaritate generală decât un învăţământ profesional. Această ultimă orientare este în schimb prevalentă pentru deficienţele auditive şi intelectuale.

3.5. — CE POPULAŢIE POATE BENEFICIA DE INTEGRARE?

Când handicapul este constatat înainte de deprinderile şcolare (deficienţe motorii sau senzoriale) sau când originea handicapului este recunoscută nu în termeni de neadaptare la şcoală, ci ca tulburări de dezvoltare (dizarmonii de evoluţie, sindroame autistice), serviciile de îngrijire care au în grija lor copilul negociază cu şcoala un plan de integrare a cărui finalitate este de a permite copilului să-şi urmeze dezvoltarea în contactul cu copii normali, iar familiei *să atenueze violenţa recunoaşterii handicapului sprijinindu-se pe reprezentarea socială a şcolii şi efectele sale rituale* (Botbol M., 1995). Într-adevăr, o propunere de orientare către o instituţie specializată făcută prea devreme de echipa de îngrijire poate să fie trăită ca o agresiune, siderând procesul de doliu al părinţilor. În măsura în care integrarea nu maschează realitatea handicapului, ea autorizează

o trecere suplă permiţând părinţilor să se angajeze într-o acceptare progresivă a handicapului copilului lor. Integrarea joacă un rol deosebit de pozitiv în patologiile grele şi în timpul primei faze a şcolarizării, adică a grădiniţei.

Integrarea este mai iluzorie şi nu ar trebui să poarte acest nume când patologia este reperată de şcoală. Într-adevăr, această desemnare de către profesori a neadaptării copilului la sistemul şcolar provoacă la părinţi atitudini de negare şi de proiecţie (punere sub semnul întrebării a metodelor pedagogice, a calităţii relaţionale a profesorilor). Exigenţa din partea şcolii de a începe un program terapeutic este atunci trăită de părinţi ca o condiţie, în cel mai rău caz ca un şantaj, în schimbul menţinerii copilului în şcoală. Acceptarea planului terapeutic este cel mai frecvent superficială, artificială, şi „integrarea" e mai mult formală decât reală. În acest sens, circulara din 29 ianuarie 1983, numindu-l pe directorul de şcoală responsabil de punerea în lucru a proiectului de integrare, îşi află aici limitele. A utiliza şcoala în funcţia sa socializantă şi de achiziţie de cunoştinţe este un lucru, a menţine neapărat copiii în circuitul şcolar obişnuit, făcând apel la dispozitivele de îngrijire pentru a le evita o orientare trăită de şcoală ca un eşec al misiunii sale, este altceva.

În învăţământul primar, achiziţiile şcolare de bază sunt în centrul dezbaterii din moment ce de calitatea lor va depinde orientarea viitoare. Împărţirea sarcinilor fiecăruia devine astfel frecvent o sursă de conflicte: frecventarea unei instituţii medicale reprezintă pentru şcoală un timp pierdut pentru învăţare. La polul opus, sectorul medico-educativ ignoră complet prea des exigenţele unui program şcolar şi constrângerile vieţii şcolii. În acest context de exigenţe de învăţare şi de adaptare la ritmul şcolar, doar handicapurile al căror dinamism evolutiv este important pot beneficia de integrare (dizarmonia de evoluţie, de exemplu). În schimb, în această perioadă de creştere rapidă a deprinderilor, copiii purtători de handicapuri grele beneficiază de a se afla în instituţii specializate mai atente la ritmul şi la potenţialul lor.

În învăţământul secundar, integrarea preadolescenţilor şi adolescenţilor este deosebit de interesantă din mai multe puncte de vedere: în această perioadă a vieţii, handicapul este frecvent cunoscut, stabilizat. Adaptarea socială şi profesională a adolescentului devine atunci prioritară. Achiziţiile şcolare nu mai sunt în primul plan al preocupărilor, şcoala şi instituţiile putând atunci să acţioneze împreună şi fără divergenţe notabile, cu atât mai mult cu cât Educaţia Naţională, aşa cum am spus înainte, dispune de structuri diversificate şi relativ bine adaptate pentru a-i primi pe aceşti adolescenţi, cu condiţia totuşi ca handicapul lor să fie stabilizat şi compatibil cu viaţa în colectivitate. Integrarea în colegiu (în SEGPA sau în CIPPA) este atunci pentru adolescent, ca şi pentru familia sa şi cei ce-l îngrijesc, finalul fericit a ceea ce a fost trăit uneori ca o lungă excludere.

3.6. — CARE SUNT CONDIŢIILE OPTIME PENTRU O INTEGRARE ŞCOLARĂ REUŞITĂ?

Privilegierea integrărilor ca la carte

Ideal, integrarea trebuie să rămână un „montaj" individual. Textele nu trebuie să servească decât pentru a da un caracter legal acţiunii fără a o îngreuna prin constrângeri administrative prea mari. Capacitatea profesorului şi a şcolii în ansamblul său de a primi copilul, dorinţa părinţilor, posibilităţile de ajutor oferite de serviciul medical, sunt tot atâtea elemente de luat în considerare pentru stabilirea proiectului. Ca regulă generală, şi datorită sectorizării, întotdeauna aceleaşi structuri lucrează împreună. O colaborare astfel continuată prezintă avantajul unei mai bune cunoaşteri mutuale, dar şi riscul omogenizării abordărilor. Lucrul cu familia rămâne actualmente piatra de căpătâi a dispozitivului, or aşteptările ei, dinamica ei proprie, capacităţile sale de mobilizare nu sunt luate în seamă suficient, înecate fiind într-o organizare formală de şedinţe, echipe educative şi alte comisii de educaţie specială. Când şcoala gestionează, aşa cum textele îi conferă puterea, ea face loc, în marea majoritate a timpului, unei organizări administrative rigide în care ea tinde să facă să intre toate cazurile. Uneori, de asemenea, oferta creând cererea, obişnuinţa de a munci cu o structură sau alta face că şcoala să împingă frecvent familia să se trateze în structura cu care obişnuieşte să lucreze. Se regăseşte aici nevoia de control a Educaţiei Naţionale, căreia nu-i place să lase să intre în sânul său modele de funcţionare diferite de al ei.

Să accepţi să te distanţezi de obişnuitele criteriile proprii de evaluare

În ceea ce priveşte şcoala, constatarea binefacerilor, pentru copiii handicapaţi, ale socializării şi ale frecventării de copii normali de vârsta lor, a fost fără îndoială o urmare pozitivă a integrării şi un element important de schimbare în funcţionarea sa. În acest sens, interesul funcţionării clasei pe modelul deschiderii, născut din practica integrării, a influenţat cu certitudine crearea ciclurilor în legea de orientare şcolară din 10 iulie 1989. Totuşi, datorită revendicării monopolului învăţământului, Educaţia Naţională tinde să propună crearea pentru handicapaţi a unor structuri speciale în cadrul său (*cf.* CLIS). Avem de ce să ne felicităm pentru o asemenea evoluţie, dacă aceste structuri pot să creeze un cadru mai satisfăcător integrării. În schimb, trebuie să fim vigilenţi faţă de stabilirea unui monopol al integrării care ar fi deţinut de Educaţia Naţională. În ceea ce priveşte instituţiile, unii copii plasaţi în instituţii specializate, al căror comportament nu părea compatibil cu o şcolaritate standard, au văzut cum atitudinea lor s-a normalizat în contact cu copii obişnuiţi, ceea ce le-a permis să

beneficieze de structura şcolară, cu câştigurile narcisice pe care le putem imagina atât pentru părinţi, cât şi pentru copil, şi reflectarea în funcţionarea instituţiilor pe care aceasta a permis-o şi care, ca urmare, practică din ce în ce mai mult integrarea.

Să nu cedezi la o ideologie a „totului instituţional" sau a „totului şcolar"

Unele familii sau unii profesionişti caută să utilizeze integrarea în manieră „dogmatică". Or, este evident că, aşa cum am arătat mai sus, integrarea trebuie să rămână o problemă singulară, o alternativă educativă, şi nu o obligaţie. Unii copii cu trisomie vor beneficia de o menţinere în şcoala primară până la sfârşitul ciclului deprinderilor fundamentale, alţii vor câştiga în a fi orientaţi mai devreme spre o instituţie. Nu trebuie să pierdem din vedere că acceptarea deplină a familiei rămâne prioritatea în materie de integrare, este necesar să găsim timpul să însoţim familia în recunoaşterea apoi în acceptarea handicapului, fără de care integrarea riscă să nu fie utilă decât profesioniştilor.

3.7. — CONCLUZIE

Educaţia Naţională, codificând în 1982 integrarea şcolară care există de la crearea spitalelor de zi, a suscitat întâlnirea a două domenii de dezvoltare a copilului aflate până atunci la distanţă : şcoala şi pedopsihiatria, prima aducând cadrul, cea de-a doua mijloacele. Integrarea este departe de a-şi fi găsit ritmul de croazieră, cum sugerează remanierea importantă a structurilor de primire şi de ajutor cu care este dotată şcoala. Într-adevăr, aceasta din urmă este obligată să primească copii care o derutează, în timp ce sectorul medical se teme să nu fie obligat să se supună exigenţelor şcolii. Totuşi, şi dincolo de divergenţe, integrarea reprezintă pentru numeroşi copii handicapaţi şansa unei confruntări cu alte relaţii, o deschidere către noi expresii, o stimulare necesară dezvoltării lor. Pentru părinţi, primirea în şcoală, în măsura în care nu este prezentată ca o inducere în eroare, le permite să accepte handicapul şi o orientare spre un mediu specializat, când integrarea şi-a atins limitele.

BIBLIOGRAFIE

BAILLY D.: *L'angoisse de séparation*, 1 Vol., Masson, 1996.

BERG I.: School phobia in the children of agoraphobic-women. *Brit. J. Psychiat.*, 1976, *128*, 86-89.

BOTBOL M.: Maternelle intégrée et intégration au soin. *Neuropsy. de l'Enf. et de l'Adolesc.*, 1995, *43*, 7-8, 313-319.

BROUSSELLE A.: Fantasme et concept mathémathique. *Psy. enf.*, 1973, *16* (2), 467-491.

CARRIC N.: L'échec scolaire. *Rev. neuro. psy. inf.*, 1977, *25* (8-9), 489-499.

CHILAND C., YOUNG J.G.: *Le refus de l'école, un aperçu transculturel*, PUF, Paris, 1990, 1 vol.

DECOBERT S., RIQUIER M.: L'école élémentaire. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.* p. 2809-2830. PUF, Paris, 1995.

DUGAS M., GUERIOT C.: Les phobies scolaires: étude clinique et psychopatologique. *Psy. enf.*, 1977, *20* (2), 307-382.

ESTES H.R., HAYLETT C.H., JOHNSON A.M.: Separation anxiety. *Am. J. Psychotherap.*, 1956, *10*, 682-695.

GORIN V., MARCELLI D., INGRAND P.: Angoisse de séparation: étude épidémiologique sur 1206 enfants entre 2 et 7 ans. *Neuropsy. de l'Enf. et de l'adolesc.*, à paraitre.

HASAERTS-VAN GEERTRUYDEN E.V.: La dyscalculie chez l'enfant. *Rev. neuro-psychiat. inf.*, 1975, *23* (10-11), 665-677.

HERSOV L.: Le refus d'aller à l'école. Une vue d'ensemble. *In: Le refus de l'école, un aperçu transculturel* de Chiland C., Young J.G., PUF, Coll. Fil Rouge, 1 vol. Paris, 1990.

JOHNSON A.M., FALSTEIN E.T., SZUREK S.A., SVENDSEN M.: School phobia. *Am. J. Orthopsychiatry*, 1941, *11*, 702-711.

LAST C.G., FRANCIS G., HERSEN M., KAZDIN A.F., STRAUSS C.C.: Separation anxiety and school phobia: a comparaison using DSM-III criteria. *Am. J. Psychiatry*, 1987, *144*, 5, 653-657.

LEBOVICI S., LE NESTOUR A.: À propos des phobies scolaires graves. *Psy. enf.*, 1977, *20* (2), 383-432.

NUMERO SPECIAL: L'échec scolaire, abord psychopathologique. *Confrontations psychiatriques.* Spécia Ed. 1983, *23*, 1 vol.

MAZET Ph.: L'enfant à l'école maternelle. *Rev. prat.*, 1980, *30*, 2813-2819.

MAZET Ph., MARCELLI D. : Le pédiatre et les difficultés scolaires. 1-ère partie. *Rev. Pédiatrie*, 1976, *12* (10), p. 583-588. 2-e partie : *Rev. Pédiatrie*, 1977, *13* (1), 47-56.

RAULT A.: *Echec et difficultés scolaires.* PUF, Paris, Modules 1987, 1 vol.

RAVARD J.-C., RAVARD F.: La compétence pédagogique. Facteur méconnu dans l'échec scolaire. *Neuropsychiatrie Enfance*, 1982, *30*, 9, 483-488.

SCHMID M.: L'équipe de psychiatrie scolaire: ses problèmes, sa clientèle, sa collaboration avec le corps enseignant. *Psy. enf.*, 1975, *18* (1), 261-312.

SPERLING M.: School phobia: classification, dynamic and treatment. *Psycho.*

Analytic S. of child, 1967, *22*, 375-401. (Trad.: Rev. Franç. Psych., 1972, *36*, 265-286.)

STAMBAK M., VIAL M.: Problèmes posés par la déviance à l' école maternelle. *Psy. enf.*, 1974, *17* (1), 241-335.

TABLE RONDE: Entretiens de Bichat: l'enfant face à l'échec scolaire, FERRARI P., GEISSMANN P., ANZIEU A., TERRIER G., GIBELLO B., *Neuropsychiatrie Enfance*, 1982, *30*, 9, 467-481.

TRIOMPHE A. : *Les personnes handicapées en France. Données sociales 1995.* INSERM, Paris, 1995.

24 COPILUL MIGRANT

Importanța mișcărilor migratorii pe care le impun societățile industriale moderne face necesar studiul efectelor sale asupra echilibrului familial, a inserției sociale a nucleului familial și a influenței asupra fiecărui membru. Copilul, prin însăși fragilitatea sa, prin dependența sa de părinți, prin socializarea sa în curs, prin procesul de școlarizare, este în centrul problemelor ridicate de mișcările migratorii. Dacă abordăm aici în principal dificultățile întâlnite de copilul străin, nu trebuie să subestimăm migrațiile „interne", precum trecerea de la micul sat natal la cartierul suburban, sau trecerea de la fermă la apartamentul de la bloc. Pe lângă modificările profunde ale condițiilor de viață, se adaugă o ruptură de o parte din familie, mai ales de generația bunicilor, și o ruptură de condiscipoli (prieteni, camarazi de clasă).

Nu trebuie să mai spunem că copilul migrant venind dintr-o țară străină va trebui să facă față acelorași probleme și, în plus, schimbărilor lingvistice, culturale, climatice chiar, în condiții socio-economice cel mai frecvent mediocre.

1. — DATE DEMOGRAFICE

De zece ani, numărul de străini care trăiesc în Franța s-a stabilizat. Marile comunități străine rămân aceleași (țări din Europa de Sud, Maghreb). Totuși, unele comunități au emigrat mai recent: turci, cambodgieni, laoțieni, vietnamezi... ultimul recensământ al INSEE (1990) evaluează populația străină care trăiește în Franța la 3,7 milioane. În funcție de țara de origine, se observă repartiția următoare: portughezi 17,6%; algerieni 16,6%; marocani 15,4%; italieni 6,8%; spanioli 5,8%; tunisieni 5,6%; turci 5,3%. Celelalte naționalități sau comunități sunt mult mai reduse (belgieni, iugoslavi, africani). De altfel, numărul de francezi născuți în afara Franței și care au dobândit naționalitatea franceză este de 1,3 milioane, din care 57% sunt originari din Comunitatea Europeană, 14% din restul Europei, 29% din Asia (Cambodgia, Laos, Vietnam).

Totuși, aceste cifre maschează o realitate adesea foarte diferită pe teren.

Într-adevăr, repartiția pe teritoriul regional este foarte inegală, trei regiuni fiind în principal implicate: regiunea pariziană (35%), zona Ron-Alpi (15%) și Coasta de Azur (10%). Pe de altă parte, un fenomen de regrupare amplifică inegalitățile de repartiție, atât ale numărului global de imigranți cât și ale naționalităților lor. Astfel, în anumite școli din periferia pariziană, procentajul de copii străini poate ajunge de 30 – 40%. Iar sociologii recunosc că peste aproximativ 12% fenomenele legate de rasism devin greu controlabile.

În marea sa majoritate, imigrația răspunde la căutarea unui loc de muncă, mișcări vechi și tradiționale în Europa însăși (italieni, spanioli, portughezi și poate iugoslavi mâine?), dar și în țările francofone (Algeria, Maroc, Africa neagră). În ansamblu, aceste familii migrante au un nivel socio-economic defavorizat, factor care nu este fără incidență asupra morbidității populației infantile. Mai recent, a reapărut o migrație politică, sud-americani, asiatici printre alții. Pentru aceștia din urmă, nivelul socio-economic este frecvent mai ridicat.

2. — BICULTURALISM ȘI BILINGVISM

Între cei doi termeni, biculturalism și bilingvism, există frecvent o confuzie întreținută de faptul că bilingvismul este prin el însuși o ilustrare a diverselor conflicte intrafamiliale, școlare sau sociale. Dacă biculturalismul pare să înglobeze o problematică mai vastă, bilingvismul reprezintă prima problemă cu care se confruntă copilul de migrant datorită școlarizării sale.

2.1. — BICULTURALISMUL

Într-o manieră schematică s-ar putea spune că părinții vor suferi din cauza diferenței dintre cultura de origine și cultura țării care-i primește, în timp ce, pentru copil, dificultățile par a se concentra asupra diferenței dintre limba familială și limba socială. În schimb, adolescentul va regăsi, în căutarea identității sale, tensiunile rezultate din confruntarea dintre cele două culturi, într-o manieră acută și exacerbată.

Înainte de a aborda dificultățile copilului însuși, trebuie descris rapid mediul său familial, mai ales ceea ce trăiesc părinții la trecerea frontierei: ruptura modului de viață obișnuit, a spațiului sociocultural tradițional (familie, prieteni, casă), ruptură accentuată de sentimentele de pierdere și de doliu iar insecuritatea resimțită în țara de primire, suscită temeri pe care realitatea, din păcate, le confirmă frecvent. Necesitatea de a fi „în regulă", de a avea toate documentele proprii, reprezintă caricatura acestei nevoi de o nouă identitate. Aceste două mișcări afective, sentimentele de pierdere și frica paranoidă sunt de obicei compensate de speranța pe care o subânțelege exilul: speranță financiară (construcția casei în satul natal), speranță politică (gloria exilului). Dar prețul de plătit se dovedește de obicei mai greu decât cel așteptat, existând atunci riscul să se ajungă la o repliere defensivă pe celula familială și la refuzul unei integrări culturale, chiar parțiale.

Dacă bărbatul este frecvent obligat din motive profesionale să adopte, cel puțin parțial; cultura de primire, femeia, mai ales dacă are copii, poate să-i rămână total străină, și chiar după mulți ani să ignore complet limba țării de primire. Această repliere familială poate de altfel să fie simptomul unei reale depresii a mamei, incapabile să elaboreze pierderea cadrului său obișnuit de viață. În aceste condiții, riscul de fragmentare culturală este mare: viața profesională sau școlară se situează în cultura nouă, viața casnică în cultura de origine.

La toate aceste dificultăți se adaugă problemele legate de condiții foarte mediocre de viață economică ce situează un mare număr de familii migrante ca fiind ceea ce epidemiologii numesc „familii cu risc".

Copilul este vectorul privilegiat al riscurilor astfel denunțate, cele ale biculturalismului mai întâi, care poate duce la o veritabilă fragmentare a vieții sociale, apoi cele ale nivelului socio-economic mediocru cu toate carențele pe care le implică (v. cap. 20), în sfârșit cele ale remanierilor familiale secundare noilor condiții de viață. Astfel, tatăl care și-a pierdut rolul său tradițional, fizic absent prin numărul mare de ore de muncă, nu mai reprezintă nici forța, nici protecția, nici securitatea obișnuite. Mama nu mai pare să-i acorde încredere. Copilul, în aparență repede deprins cu noua cultură, deținător al noii limbi, devine mediatorul pe lângă cultura de primire: el își însoțește părinții și le traduce discursul la primărie, la medic, la Securitatea Socială etc. Asistăm aici la un fel de inversiune a rolurilor părinți–copii, care nu va putea să nu pună probleme ulterioare, mai ales adolescentului migrant.

2.2. — BILINGVISMUL

Problemă mai specifică decât cea a biculturalismului, el a fost obiectul a numeroase studii ale căror rezultate sunt frecvent contradictorii. Trebuie totuși să distingem bilingvismul intrafamilial (tată și mamă de naționalități diferite) și bilingvismul de imigrare, sau, în termenii lui R. Titone, problemele ridicate de bilingvismul precoce și cele ale învățării precoce a limbilor străine.

Primul pune problema învățării simultane a două limbi. Pentru unii autori,

copiii crescuţi într-un mediu perfect bilingv prezintă o inferioritate şi o capacitate lingvistică scăzută (Pichon), ceea ce nu este confirmat de alţii. Astfel, Tabouret-Kelter consideră că bilingvismul este favorabil într-un cadru normal de educaţie. În aceste condiţii, copiii par să dezvolte un sistem bilingv „compus", în care simbolurile celor două limbi funcţionează ca alternative interschimbabile pentru aceeaşi semnificaţie (Lambert). Un astfel de bilingvism ar fi mai degrabă un factor favorabil care stimulează organizarea gândirii, cele două limbi fiind atunci în legătură, cel puţin cantitativ, cu maniera în care comunicările anturajului sunt repartizate între aceste două limbi. Nivelul sociocultural pare preponderent din moment ce dezvoltarea limbajului copilului, bilingv sau nu, este strict corelat cu nivelul limbajului anturajului său (Tabouret-Kelter).

Cu totul altul este bilingvismul de imigraţie. În acest ultim caz, dificultăţile nu sunt de natură lingvistică ci mai degrabă psihologice. Ele ilustrează locul frecvent hierarhic pe care îl ocupă în sânul familiei cultura de origine şi cultura ţării de primire: fie respingere a culturii ţării de primire şi cramponare cvasi-disperată la tot ceea ce aparţine culturii de origine, fie, dimpotrivă, supravalorizare a culturii ţării de primire, cu o căutare disperată a integrării, cu preţul unei renunţări la legăturile tradiţionale. Învăţarea limbii franceze la şcoală, utilizarea spontană a acestei limbi cu cei de vârsta sa îl fac pe copil să poarte obligatoriu greutatea acestei investiţii: refuz şi eşec şcolar când limba, cultura de imigraţie sunt respinse, reuşită uneori foarte strălucită când sunt, dimpotrivă, supravalorizate. Sigur, totul nu este atât de schematic, rolurile putând de altfel să fie repartizate diferit în sânul unei aceleiaşi familii, în funcţie de rangul în fratrie sau sexul copilului.

3. — PATOLOGIA COPILULUI MIGRANT

Ansamblul studiilor efectuate pe copiii migranţi arată că, dacă nu există tulburări specifice, în schimb situaţia de migrant constituie în termeni epidemiologici „un factor de risc" care este uneori greu de disociat de factorul de risc reprezentat de situaţia socio-economică defavorizată în care trăieşte în general populaţia de migranţi, fiecare factor părând să-l întărească pe celălalt. Astfel, în serviciile de Ajutor Social pentru copii, jumătate din dosarele de plasare temporară şi 20% din dosarele de cerere de custodie privesc pe copiii de migranţi. Riscul de plasare temporară pentru un copil din Maghreb sau un copil portughez este de 20-25 de ori mai mare decât pentru un copil francez, şi riscul de custodie de 5 ori mai mare.

În funcţie de vârstă, riscul patologic se situează în sfere diferite: înainte de vârsta şcolară, patologia carenţială, atât somatică cât şi psihologică, pare a fi suprareprezentată. În perioada de latenţă, dificultăţile şcolare ocupă prim-planul scenei. În sfârşit, la adolescenţă, conflictele de identitate sunt amplificate de realitatea biculturalismului şi explică o parte din tulburări. Vom trata pe scurt dificultăţile copilului migrant la şcoală deoarece dificultăţile care survin la vârsta preşcolară ne par legate de factorii socio-economici mai mult decât de situaţia de migrant. În ceea ce priveşte dificultăţile întâlnite de adolescent, ele fac obiectul unui capitol specific în lucrarea *Adolescenţă şi Psihopatologie* (v. cap. 18).

Din punct de vedere statistic, proporţia de copii migranţi în diversele cicluri de şcolaritate pentru anul 1978-1979 este ilustrată în tabelul IX.

TABEL IX. — *Proporţia de copii migranţi în diversele cicluri de şcolaritate (1978–1979)*

	Număr	Procentaje
Învăţământ preelementar	202 042	9,3%
Învăţământ elementar	374 906	9,4%
Învăţământ special	16 880	14,1%
Învăţământ secundar	245 027	4,95%
Învăţământ superior	104 503	12,63%

Media globală pentru ansamblul şcolarităţii este de 7,96%, cu o foarte mare inegalitate de repartiţie.

Eşecul şcolar se întâlneşte cu o frecvenţă foarte crescută, din moment ce aproximativ 30% din copiii de migranţi au cel puţin un an întârziere, 20 până la 25 % au doi ani întârziere. Doar 30% din copiii migranţi ajung în ultimul an de şcoală elementară (CM 2) la vârsta normală. Aceste cifre prezintă importante variaţii în funcţie de naţionalitate, variaţii care par a fi paralele cu vechimea imigrării: astfel micii portughezi au în prezent o rată de eşec superioară spaniolilor.

Dacă contabilizăm şi eşecurile parţiale, se poate spune că doar 20% dintre copii ajung să se insereze în sistemul şcolar standard.

Or, diversele studii asupra eficienţei copiilor migranţi arată că aceasta prezintă o distribuţie normală atunci când testele nu fac apel direct fie la limbaj, fie la norme culturale (Carric).

Bemelmans compară copiii imigrați și copiii autohtoni de același nivel cultural. El ajunge le concluzia că imigrații cu nivel cultural slab au un deficit lingvistic global (ei nu-și cunosc propria limbă mai bine decât pe cea a școlii), în timp ce, *a contrario*, copiii migranți cu un bun nivel cultural au frecvent o reușită școlară superioară față de cea a omologilor lor autohtoni.

Pe de altă parte, tehnica de învățământ școlar de tip frontal, care presupune cunoștințe dobândite anterior, stabile, pentru a avea acces la cunoștințele din anul următor, nu face decât să amplifice disparitățile mai ales pe seama imigraților. Școala însăși, prin procesul segregării, întărește această spirală a eșecului, cu instituții „bune" și „rele", în care se găsesc mai degrabă concentrați imigrații. În sfârșit, dacă comparăm eșecul școlar și nivelul socio-economic la autohtoni și la imigrați, se constată că ceea ce declanșează adaptarea sau neadaptarea este achiziția normelor sociale de comunicare. Imigrații sunt ușor defavorizați deoarece, pentru ei, această achiziție de norme sociale este mai grea din cauza unui deficit global al limbajului.

În concluzie, acest eșec școlar cunoaște numeroase cauze care se potențează reciproc: dificultăți lingvistice, nivel socio-cultural mediocru, sistem pedagogic prost, accentuare a eșecului prin procesul de segregare etc.

Răspunsurile date se adresează fie individului, fie sistemului școlar. Bemelmans subliniază că copilul migrant este mult ajutat întotdeauna de tehnicile de reeducare individuală (ajutor pedagogic, ortofonie), chiar dacă pedopsihiatrul are uneori sentimentul de a gira slăbiciunea sistemului educativ printr-o asemenea atitudine.

În ceea ce privește Educația Națională, trebuie să recunoaștem că a făcut un efort important pentru primirea copiilor străini: clase de inițiere în limba franceză, unde imigrații recenți sunt primiți teoretic timp de un an, clase de adaptare, orare de susținere și de recuperare, extindere a burselor la copiii din învățământul de gradul doi. Totuși, rămân multe de făcut pentru ca acești copii străini, în situație de eșec școlar, să nu fie orientați sistematic către clase de perfecționare, chiar secții specializate (depinzând de CDES, v. cap. 26, 3.3).

În concluzie, în fața dificultăților întâlnite de copilul migrant, este potrivit să ne întrebăm dacă migrația joacă un efect de mască și/sau declanșează prin ea însăși un proces patologic atât la copil, cât și în familia sa. Prima posibilitate corespunde unei atitudini frecvente, care este de a atribui orice manifestare deviantă biculturalismului însuși, și de a considera că o întoarcere în țara de origine ar fi prin ea însăși terapeutică. Cea de doua constă în a nu lua în considerare decât dimensiunea psihopatologică și a nega conflictele inerente biculturalismului și unei situații socio-economice defavorizate. În majoritatea cazurilor, dificultățile întâlnite de copilul, apoi de adolescentul migrant rezultă dintr-o serie de factori pe care am încercat să-i separăm; evaluarea rolului lor

reciproc este necesară înainte de a gândi o atitudine terapeutică. Odată ce aceasta este stabilită, rămâne problema dificilă a naționalității terapeutului, mai ales în cazul psihoterapiei cu adolescenți. După părerea noastră, orice atitudine rigidă este nocivă, unii pacienți preferând un terapeut de aceeași cultură, alții, dimpotrivă, resimt aceasta ca pe o excludere suplimentară.

BIBLIOGRAFIE

BEMELMANS F.: Les émigrés à l'école. *Rev. neuropsy. inf.*, 1977, 25 (8-9), 475-487.

BENADIBA M.: Les adolescents maghrebins en France: aspect psychopathologique. *Neuropsy. de l'enf. et ado.*, 1979, 27 (9), 395-399.

CARRIERRE-HANNOUN M.: *L'enfant portugais émigré en consultation medico-psychologique.* Mémoire CES, Faculté de médecine, Pitié-Salpêtrière, Paris, 1979.

PASTOR-BUENO Y., SUAREZ SOLANO E.: Los niños migrantes de lengua española y los avatares del complejo de Edipo. *IVe Congrès Union Européenne de Pédopsychiatrie.* Madrid, 1979, Actes du Congrès.

RODRIGUEZ R., FERT M., GARRONE G., AJURLAGUERRA J. DE: L'adaptation scolaire chez les enfants d'immigrants espagnols à Genève. *Acta Paedopsych.*, 1967, 34 (9), 277-289.

STARAUSS P.: Les enfants de travailleurs migrants en France. *In:* MANDE, MANCIAUX et MASSE: *Pédiatrie Sociale,* Flammarion, Paris, 1 vol., 561-570.

TABOURET-KELLER A.: Comparaisons interlangues et problèmes du bilinguisme. *In: La genèse de la parole,* PUF, Paris, 1977, 1 vol., 269-307.

TITONE R.: *Bilinguisme précoce et éducation bilingue.* Dessart, Bruxelles, 1972, 1 vol.

TOURE J., GIABICANI A.: Identité, bilinguisme et biculturalisme. *Neuropsych. de l'enf. et ado.*, 1979, 27 (7-8), 341-350.

25 COPILUL ȘI LUMEA MEDICALĂ

Boala este un episod normal și inevitabil în viața copilului. Bolile numite „infantile“ sunt de altfel ilustrarea acestei afirmații. În mintea oricărui copil, boala și, corelat cu ea, medicul, ocupă un loc important. Jocul de-a doctorul se regăsește constant în activitățile spontane ale copiilor. Prin intermediul acestor jocuri sau desene, studiul caracteristicilor imaginii medicului ne permite să descriem diverse axe semnificative: frecvent, medicul posedă atributele cunoașterii și puterii. El ocupă în general o poziție activă, contrară poziției supuse și pasive a micului pacient. Nu rareori, această activitate se colorează cu agresivitate, chiar cu sadism (înțepătura). În plus, există un contrast între, pe de-o parte, această atitudine de grijă și de înțelegere, adică o poziție mai degrabă maternă, și, pe de altă parte, un comportament autoritar, dar cu ușurință agresiv (imagine pe versantul mai degrabă patern). Copilul oscilează între aceste două tipuri de imagini scindate uneori în funcție de învățarea stereotipurilor culturale între o mamă-infirmieră, bună și înțelegătoare pe de-o parte și un tată-medic, sever și temut, pe cealaltă parte. Funcția sexuală este întărită și mai mult de „înțepătură“, simbol al penetrării agresive și dureroase.

Pe planul dinamicii familiale, numeroase desene de copii dovedesc o nouă triangulare între mamă–copil–medic: cuplul mamă–medic constituie o deplasare oedipiană mai mult sau mai puțin directă. În unele familii, cuplul mamă–medic poate deveni principalul pol de interacțiune al grupului, mai ales dacă o boală gravă sau cronică a copilului justifică această prezență medicală. În alte cazuri, anxietatea maternă este cea care creează acest nou triunghi relațional. Când este vorba de o boală somatică gravă, interpunerea medicului între mamă și copilul său riscă să provoace perturbări în schimburile mamă–copil, mai ales dacă este vorba de un copil mic, în perioada în care mama își asigură o mare parte a gratificărilor sale din atotputernicia pe care acesta i-o atribuie și pe care ea tocmai a pierdut-o în favoarea medicului.

În acest capitol, vom studia mai întâi bolile acute, mai ales intervențiile chirurgicale, apoi bolile cronice grave. Le vom atașa problema prematurității și a evoluției sale. Problema afecțiunilor motorii este tratată împreună cu infirmitatea motorie cerebrală (v. cap. 14, 3.).

1. — COPILUL BOLNAV

Experiența bolii retrimite copilul către mișcări psihoafective diverse:

– *regresia* însoțește aproape întotdeauna boala: întoarcere la o relație de îngrijire corporală, de dependență, cum era cea a sugarului;

– *suferința* poate fi legată de trăirea unei pedepse sau de un sentiment de culpă: culpabilitatea infiltrează frecvent trăirea copilului bolnav. Această culpabilitate poate fi întărită uneori de discursul familial („ai răcit pentru că nu erai bine îmbrăcat“ sau „n-aveai decât să fii atent“), dar ea își găsește originea și în viața fantasmatică a copilului;

– *afectarea schemei corporale, sau mai degrabă a „sentimentului de sine“* în sensul său cel mai larg, depinde de gravitatea, de durata și de natura handicapului impus de boală, dar acest sentiment este frecvent: corp imperfect, defectuos, care poate eșua. În funcție de tipul de conflict, această atingere a „sentimentului de sine“ se va focaliza asupra fantasmelor de castrare sau asupra unei răni narcisice mai mult sau mai puțin profunde;

– *moartea,* în sfârșit, apare în filigran în unele boli, chiar dacă copilul, ca și familia sa, vorbesc puțin despre aceasta.

Totuși, boala la un copil întărește legătura de dependență și de protecție între copil și adulții care-l au sub protecția lor, în primul rând părinții, apoi medicii și colaboratorii lor. Această legătură de dependență și de protecție este firească, normală la copil. Într-un anumit fel, boala, acută și cu atât mai mult cronică, respectă și chiar amplifică această legătură de dependență. Fără să ignorăm din acest motiv suferințele (v. mai jos) și/sau limitările impuse de boală, trebuie astfel să recunoaștem că la copil boala nu contrariază exigențele psihoafective caracteristice pentru această vârstă, contrar cu ceea ce observăm la adolescență.

Probabil că acesta este motivul pentru care copiii bolnavi, mai ales bolnavi cronic, fac dovada unui echilibru psihoafectiv cert, chiar a unei înfloriri psihologice reale. Totuși trebuie să distingem între acest echilibru și o maturitate excesivă sau prea precoce, mai ales când i se spune copilului „să se ia în grijă“ într-o manieră excesivă. Această autonomizare a copilului în ceea ce privește îngrijirea sa poate să acopere trăiri afective foarte diferite. Incontestabil aceasta poate traduce o bună adaptare a copilului la boala sa. Dar aceasta poate și să dovedească un surplus de efort la copil pentru a-și proteja părinții anxioși sau culpabilizați. Aceasta poate și să mascheze un sentiment de abandon, de delăsare sau de indiferență în fața unor părinți care „se descarcă“ asupra copilului lor de penibilitatea îngrijirilor. În toate aceste cazuri, în timp ce copilul părea adaptat, respectuos și urma indicațiile medicale, adolescentul devine frecvent rebel, refuzând îngrijirile, constrângerile etc. (v. adolescentul bolnav, în: *Adolescență și psihopatologie*).

Orice-ar fi, în fața unui copil bolnav, dincolo de simptomele diverse proprii fiecărei boli, este vorba să recunoști durerea înainte de a aborda răsunetul psihologic eventual al acestei boli.

1.1. — DUREREA LA COPIL

Mult timp în umbră, semiologia durerii la copil face obiectul unei descrieri mai precise odată cu lucrările lui Gauvain-Piquard (1990, 1993). Această semiologie trebuie bine cunoscută, mai ales de către psihiatrii și psihologii care lucrează în unitățile de boli somatice sau în pedopsihiatria de legătură. Această recunoaștere este cu atât mai importantă cu cât, pe de-o parte, durerea poate prin prezența sa să antreneze tulburări fie motorii (agitație, aparentă agresivitate), fie relaționale (opoziție), iar, pe de altă parte, să prezinte caracteristici semiologice comune cu depresia, ceea ce necesită un diagnostic diferențial atent și, în sfârșit, nu este rar ca la copilul bolnav și dureros cronic durerea și depresia să coexiste, cele două trebuind să fie recunoscute și să facă apoi obiectul unui tratament specific.

La copilul mare (după 6 ani)

Dacă la întrebarea directă „te doare?" copilul își ascunde frecvent durerea de frica unor eventuale consecințe (de exemplu înțepătură, operație) sau dintr-un sentiment de culpabilitate, utilizarea de scale de măsură (verbală sau vizuală analogică, printr-o riglă cu un cursor pe care copilul îl plasează între absența de durere și durerea extremă) sau localizarea pe o schemă corporală permit diagnosticul și evaluarea intensității. Pot fi utilizate și scale de vocabular începând de la 10 ani. Dar în toate cazurile, interviul activ, întrebările puse nu într-o alternativă da–nu ci, formulate după un gradient (puțin, mult, foarte puternic), dau informațiile căutate.

La copilul mic (sub 6 ani)

Diagnosticul este cu atât mai delicat cu cât copilul este mic; chiar când dispune de limbaj, copilul mic își exprimă puțin durerea într-o manieră verbală. Un diagnostic este posibil doar observând mai întâi copilul.

Plânsete, țipete, agitație apar în caz de durere acută sau de reactivare a unei dureri permanente dar intensitatea lor nu e proporțională cu durerea.

La copilul dureros cronic, Gauvain-Piquard și colab. au elaborat o Scală de Durere Copil (Echelle de Douleur Enfant) de Gustave-Roussy (DEGR) bazată pe observarea copiilor cu dureri într-un serviciu de cancerologie. Această scală

repereazǎ îndeosebi răspunsurile defensive ale corpului (poziție antalgică, mișcare de protecție, evitarea mobilizării unui segment al corpului, contractură localizată) dar mai ales atonia psihomotorie.

Astfel, copilul cu dureri „pare trist, rămâne imobil în fundul patului și dă impresia că nu mai dorește să lupte"... „el nu mai arată interes nici pentru lucruri, nici pentru persoane", în sfârșit, gesturile sale sunt rare, inițiativele motorii sunt rare chiar și în afara zonelor dureroase; tentativa de contact poate să facă să apară o ostilitate surdă, copilul își întoarce ochii, nu caută să se angajeze în relație.

Se poate constata că unele comportamente pot fi comune depresiei numite anaclitice (v. p. 363): față tristă, inertă, lipsă de interes, lentoare a gesturilor, putând lua aspectul unei încetiniri, a unei inerții psihomotorii, refuz relativ de contact.

Aceste simptome prezente la un copil mic spitalizat trebuie să ne facă să ne gândim și să căutăm atât o eventuală stare dureroasă cât și o stare depresivă gravă.

Evident, contextul este frecvent evocator, dar există și situații în care cele două stări sunt asociate. Astfel Steif și Heiligenstein (1989) constată că într-o cohortă de 43 de copii suferind de cancer și trimiși la pedopsihiatru, 9 dintre ei aveau probleme importante de durere, din care 3 fuseseră trimiși pentru depresie și 3 pentru tulburări de comportament. Tratamentul durerii face să dispară în general rapid conduitele descrise mai sus.

1.2. — BOLI ACUTE – INTERVENȚII CHIRURGICALE

În marea majoritate a cazurilor, aceste boli sunt de natură relativ benignă. Ele constituie ceea ce am putea numi „boli bune" care permit copilului să aibă experiența regresiei, a unei relații de îngrijire și a dependenței. Apoi, într-un interval de timp relativ scurt, el își regăsește sănătatea și bunăstarea fizică. Reacția copilului depinde de vârsta lui, de atitudinile anturajului său, de necesitatea sau nu a unei spitalizări, de natura mai mult sau mai puțin agresivă a îngrijirilor primite. Într-o manieră generală, spitalizările pot să provoace perturbări profunde mai ales la vârsta sensibilă (de la 6 la 30 de luni), chiar dacă sunt scurte. În acest sens, anumite țări au generalizat practica spitalizării mamă–copil (mai mult de 70% din secțiile spitalicești în Anglia), astfel încât să se evite suferința acută nefastă atât pentru echilibrul psihologic al copilului, cât și pentru capacitățile sale de luptă împotriva bolii (v. problema hospitalismului, cap. 22, 1. 2.).

Operațiile chirurgicale pot să reprezinte un factor traumatic important când nu au făcut obiectul unei pregătiri, a unor explicații, chiar a unor desene comentate

pe larg. Acest caz se observă mai ales când intervenţia intră în rezonanţă cu principalele conflicte fantasmatice ale copilului: unele operaţii lovesc din plin aceste conflicte (amigdalectomie, apendicectomie). Astfel de intervenţii, mai ales dacă se adaugă un climat de dramă sau de agresivitate sadică mai mult sau mai puţin clară, pot să constituie un traumatism psihic care reactivează şi/sau realizează angoasele nevrotice de castrare ale copilului; ele riscă atunci să cristalizeze acest conflict.

Prin incidenţa lor directă asupra sexualităţii, intervenţii banale sau benigne pentru chirurg, pot, aşa cum am avut ocazia să vedem de mai multe ori, să fie punctul de ancorare al unei problematici nevrotice durabile: astfel se întâmplă cu fimoza sau cu ectopia testiculară. Aceste intervenţii benigne cer o pregătire psihologică mult mai importantă şi mai îndelungată decât actul chirurgical însuşi.

Vom cita în sfârşit accidentele traumatice, mai ales fracturile. Dacă hazardul nefericit este uneori singurul responsabil, studiul atent al personalităţii copiilor, al antecedentelor lor, arată că accidentul se poate înscrie într-o problematică dominată de culpabilitate sau de angoasa de castrare, şi să dovedească o veritabilă conduită de provocare. Aceasta este deosebit de adevărat în cazurile de traumatisme sau de accidente repetitive. Studierea acestei populaţii de copii arată caracteristici apropiate de ale unei populaţii de copii suicidari (v. cap. 12, 3.2.).

1.3. — BOLI GRAVE ŞI CRONICE

Regrupăm aici bolile grave la care prognosticul vital este în joc pe termen mai mult sau mai puţin lung, şi bolile cu evoluţie lungă mai mult sau mai puţin invalidante. În primul caz, problematica morţii este pe primul plan, în cel de-al doilea este cea a integrităţii corporale şi narcisice. Dar această distincţie este frecvent arbitrară pentru că cele două planuri sunt întotdeauna strâns legate.

În faţa unei boli grave şi cronice, problema este întotdeauna dublă: cea a investirii de către copil a unui corp a cărei funcţionare e defectuoasă sau ameninţată, cea a investirii de către părinţi a unui copil bolnav.

Pe plan epidemiologic, procentajul de copii atinşi de o boală gravă şi/sau cronică, variază după gravitatea atingerilor existente. Totuşi, Pless estimează că între 6 şi 20% dintre copii sunt atinşi de una dintre aceste afecţiuni. În această populaţie, incidenţa tulburărilor psihiatrice pare a fi puţin mai crescută decât în populaţia generală (15% faţă de 6%), deşi şi acolo există multe variaţii, în funcţie de autori.

După multiple studii, se poate afirma acum că nu există un profil de personalitate propriu unui tip sau altul de boală, chiar dacă, prin natura lor şi prin îngrijirile necesare, unele afecţiuni suscită remanieri sau trăiri specifice

(diabet insulino-dependent, insuficienţă renală cronică). Nivelul intelectual al copiilor este în general identic cu cel al populaţiei generale. Să semnalăm totuşi frecvenţa nivelurilor scăzute la copilul cardiac (QI < 90 în 26 până la 37% din cazuri) şi la copilul diabetic, când diabetul a debutat înainte de vârsta de 5 ani: importanţa hipoxiei, existenţa unei come diabetice, spitalizările prelungite sunt considerate drept responsabile.

În perioada iniţială a diagnosticului, modificările echilibrului familial sunt intense şi rapide: se constată întotdeauna o perioadă de şoc, uneori cu reacţii de copleşire sau de prăbuşire la părinţi, mai ales la mamă. Apare atunci o perioadă de luptă împotriva bolii, care, în funcţie de familii, se va orienta către o atitudine de negare sau de refuz al bolii sau către o colaborare cu medicul. În sfârşit, cronicitatea tulburărilor determină o reorganizare a economiei familiale în jurul acestei boli. Vom studia succesiv reacţiile copilului, pe cele ale familiei sale, problema adolescenţilor (v. *Cuvânt înainte*), în sfârşit, problematica morţii.

Copilul în faţa bolii grave şi prelungite

Reacţiile depind mai întâi de vârsta şi de înţelegerea pe care copilul o poate avea asupra bolii sale. Înainte de 3-4 ani, boala este greu percepută ca atare, fiecare episod este trăit pe cont propriu: copilul este sensibil la separările, la spitalizările, la „agresiunile" suportate (intervenţii chirurgicale, înţepături, perfuzii). M. Green a descris „sindromul copilului vulnerabil" la copiii care au traversat o perioadă critică pe plan vital în primul lor an de viaţă. Acest sindrom se caracterizează în mod esenţial, după autor, printr-o fixare pasivă intensă şi durabilă la mamă.

Între 4 şi 10 ani, boala este de obicei, ca orice episod acut, ocazia unei regresii mai mult sau mai puţin profunde şi durabile. În faţa persistenţei bolii sale, copilul amenajează apărări care se pot repartiza în mare după trei registre.

Registrul opoziţiei. — Copilul refuză limitarea impusă de boală sau de tratament. Această rejecţie poate să fie masivă, cu criză de agitaţie, furie şi impulsivitate, sau mai modulat, sub forma unei negări a dificultăţilor. Această negare se însoţeşte atunci de atitudini de prestanţă sau de provocare uneori periculoase (dorinţă de a practica tocmai activităţile contraindicate).

Registrul supunerii şi inhibiţiei, întotdeauna legat de sentimentul unei pierderi (al integrităţii corporale, al puterii falice); boala poate fi însoţită de o trăire depresivă în care intervin în mod divers rana narcisică, frecvent sub formă de ruşine faţă de corp, şi sentimentul de culpabilitate. Inhibiţia este fie fizică, marcată de pasivitate şi de acceptarea dependenţei, fie psihică, cu o inhibiţie intelectuală care se traduce cel mai rapid printr-o incapacitate de a înţelege boala. Această inhibiţie riscă să provoace şi eşecul şcolar.

Sublimarea şi colaborarea sunt mecanismele defensive cele mai pozitive de degajare pulsională. Poate să existe o identificare pozitivă cu un părinte atins de aceeaşi boală. Posibilitatea de a da copilului cea mai bună autonomie posibilă cu asigurarea urmăririi tratamentului său merge în sensul acestor apărări. Este cazul diabetului juvenil insulino-dependent, când copilul poate să-şi facă singur injecţiile, sau al insuficienţei renale, când el participă activ la prepararea şi la organizarea şedinţei de epurare.

Oricare-ar fi aceste amenajări defensive, viaţa pulsională şi fantasmatică a copiilor atinşi de o boală gravă şi cronică riscă să se organizeze in jurul realităţii traumatice, mai ales dacă anturajul familial, prin angoasa sa, solicitudinea excesivă sau interdicţiile repetate, vine să întărească limitările existente. În testele de personalitate, probele proiective arată frecvenţa temelor relaţionale de persecuţie şi de abandon, imagini ale unui corp mutilat, în bucăţi sau ameninţat cu anihilarea. Boala îl trimite întotdeauna pe copil la următoarele două cupluri: greşeală–culpabilitate şi agresiune–pedeapsă.

Boala cronică riscă să focalizeze şi să fixeze expresia fantasmatică atunci când organizarea psihopatologică îl predispune în acest sens pe copil. În legătură cu diabetul juvenil, Cramer remarcă: *„O serie de angoase, ca şi sentimentul de lipsă, de neputinţă sau de castrare sunt deplasate pe temerile reale legate de consecinţele diabetului: boala şi circumstanţele care îi sunt asociate sunt folosite ca mod de expresie al acestor fantasme de bază"*. La fel şi pentru G. Raimbault: *„Copilul îşi construieşte într-un fel mai mult sau mai puţin elaborat o interpretare a bolii sale, ca pentru a da un sens acestui ansamblu fără sens şi destructiv, şi aceasta, cel mai frecvent în termeni de greşeală–culpabilitate şi pedeapsă."*

Familia confruntată cu copilul bolnav

Marea majoritate a studiilor sunt de acord în a recunoaşte importanţa extremă a reacţiilor familiei în echilibrul ulterior al copilului bolnav.

Reacţiile de angoasă, de suferinţă extremă, chiar de panică sau furie sunt obişnuite la anunţul bolii. De la început, într-o fază în care medicul nu are încă toate elementele pentru a răspunde, familiile se preocupă de diagnostic, de complicaţiile eventuale. Frecventa afectare a narcisismului parental se focalizează în jurul întrebărilor legate de etiologie şi ereditate: părinţii elaborează teorii etiologice, uneori foarte fanteziste, pentru a nega orice implicare ereditară, sau dimpotrivă, pentru a asuma toată greutatea transmisiei „tarei" de către unul dintre ei. Reacţiile defensive constituie prima ilustrare a *culpabilităţii* constante a familiilor: aceasta exacerbează reacţiile de ambivalenţă faţă de micul bolnav şi este în parte responsabilă de atitudinile descrise în toate bolile cronice: hiperprotecţie anxioasă, rejecţie, negare omnipotentă a bolii sau a rolului

medicilor. Familia trece în general prin aceste registre diferite înainte de a ajunge, în cele mai bune cazuri, la acceptarea tolerantă şi realistă a bolii (Cramer).

Pe termen lung, riscul major este de a transforma boala cronică într-un sistem explicativ permanent şi total al oricărei conduite, al oricărui gând sau al oricărui afect ce apare la copil. Boala devine atunci un sistem raţionalizant, un ecran al oricărui alt mod de abordare.

Relaţiile medic–familie. — Relaţiile noi dintre medic–copil–familie deformează uneori profund natura relaţiilor posibile dintre mamă şi copil, mai ales când copilul este mic. Pierderea acestei atotputernicii materne într-un stadiu în care ea este încă necesară pentru a permite mamei să se adapteze cât mai adecvat la nevoile copilului poate constitui un element patogen ulterior (sindromul copiilor vulnerabili). În imediat, au fost observate depresii materne uneori profunde, depresii care întăresc şi mai mult culpabilitatea parentală. Mai târziu, dependenţa părinţilor faţă de corpul medical, dependenţă cu atât mai mare când boala este gravă şi prelungită, riscă să ajungă la o relaţie superficială şi obsesională cu medicul, centrată pe micile detalii ale bolii. Toate problemele de fond sunt evacuate, pe de-o parte, pentru că familia depinde prea mult de medic pentru a putea exprima cel mai mic afect pozitiv sau negativ la adresa sa, pe de altă parte datorită investiţiei defensive a acestor mici detalii. Este acel tip de relaţie pe care Cramer îl numeşte „coluziunea tăcerii" în care *„atitudinile medicului şi ale familiei se angrenează şi se susţin unele cu altele pentru a se ajunge la limitarea dialogului la aspectele exterioare de rutină ale bolii"*, tăcând asupra problemelor de fond ale prognosticului, etiologiei şi ale lumii afectelor.

1.4. — BOLILE CU PROGNOSTIC VITAL

Progresele medicinei permit de acum obţinerea unei remisii şi/sau a unei vindecări în cazul unor boli care, încă acum doar câţiva ani, erau aproape întotdeauna fatale. Totuşi, dacă progresele sunt considerabile, vindecarea nu este cu putinţă în toate cazurile şi, chiar dacă evoluţiile favorabile sunt statistic majoritare, anunţul diagnosticului trezeşte imediat angoase de moarte în familie şi la copil (v. şi conceptul de moarte la copil, cap. 12, 1.4.).

Nu vom detalia particularităţile acestor patologii (leucoze acute, tumori canceroase ale copilului etc.) trimiţând cititorul la lucrările specializate ci vom aborda exclusiv reacţia psihologică la anunţul diagnosticului.

Părinţii. — J. Bowlby a descris trei faze care se succed după acest anunţ: 1) o fază de încremenire: părinţii sunt copleşiţi, nimic nu pare real. Această fază

durează câteva zile; 2) o fază de incredulitate însoţită de încercări de a transforma deznodământul: părinţii se revoltă, refuză diagnosticul, pot să întreprindă diferite demersuri pe lângă alţi specialişti. Furia alternează cu accese de activitate. Această activitate poate să fie benefică în cadrul unei participări la îngrijiri, dar ea capătă uneori un caracter compulsiv a cărei funcţie pare să fie mai mult colmatarea propriei angoase parentale decât acordarea ajutorului la îngrijirea copilului; 3) o fază de dezorganizare-reorganizare: caracterul favorabil sau defavorabil al evoluţiei depinde mult de calitatea relaţiilor dintre cei doi părinţi. Un travaliu de doliu trebuie efectuat de fiecare dintre părinţi, ajutat de celălalt. Când există conflicte în cuplu, ameninţarea dezagregării familiei este mare în faţa acestei dificultăţi majore. **Fratria** este de asemenea implicată, reacţionând fie prin manifestări simptomatice (anxietate, depresie, fobie şcolară), fie printr-un fel de reacţie de înţelepciune şi de hipermaturitate dar al cărui preţ riscă să fie plătit ulterior la adolescenţă (sentiment de a fi fost delăsat, dificultate de a se separa de părinţi...).

Acceptarea diagnosticului, a limitelor terapeutice, percepţia stării de bine a copilului şi a nevoilor sale în ciuda bolii sunt integrate puţin câte puţin de către părinţi.

Aceste perioade au o durată variabilă, unele familii rămân de altfel fixate la un palier (de exemplu la faza de incredulitate cu multiplicarea cererilor şi/sau a examinărilor).

Copilul. — Dacă este evident că el poate cu greu „să-şi gândească moartea" când este foarte mic, discuţiile clinice cu copilul confruntat cu o boală cu prognostic vital (N. şi J.M. Alby, G. Raimbault) arată că există uneori o conştiinţă mult mai dezvoltată a mizei vitale decât o cred adulţii.

Copilul pare capabil, chiar de foarte mic, să-şi presimtă moartea, uneori într-un mod greu de formulat: în unele cazuri, copilul începe să refuze îngrijiri acceptate până atunci fără opoziţie, cere să se întoarcă acasă. În alte cazuri, copilul poate să-şi verbalizeze fricile sau întrebările sale, mai ales dacă are sentimentul că anturajul adult poate să i le accepte. Într-adevăr, fără să aibă conştiinţa morţii sale apropiate (dar ce adult are deplină conştiinţă de ea?), copilul poate în schimb să perceapă cu acuitate starea bruscă de rău a adulţilor care-l înconjoară.

La începutul bolii, se pune problema adevărului sau a secretului. Studiile recente au arătat că tăcerea, secretul păstrat prin menţinerea copilului în ignoranţă nu mai sunt de actualitate deoarece în zilele noastre se ştie că de fapt copilul percepe cu acuitate gravitatea prognosticului. În schimb, expunerea rece şi raţionalizată a acestui prognostic ţine mai mult de o poziţie defensivă a medicului. Singura atitudine valabilă pentru pediatru, ca şi pentru psiholog sau psihiatru, este de a se lăsa dus de întrebările copilului, de a nu le eluda, de a le da răspunsuri simple şi directe: „*Când copilul are posibilitatea de a se exprima liber cu un adult, el abordează fără jenă subiectul morţii*", ne spune G. Raimbault.

În majoritatea cazurilor, odată trecut stadiul manifestărilor anxioase iniţiale şi al fricii de suferinţa legată de actele medicale (spitalizare, injecţie, cateter, intervenţie chirurgicală...), dacă durerea este controlată medical (v. 1.1.), copilul reacţionează frecvent printr-o perioadă de regresie apoi de adaptare aparentă. Capacitatea personalului de îngrijire de a fi în ascultarea copilului, acompanierea de către un „psi" (psihiatru, psiholog), prezenţa părinţilor, constituie factorii esenţiali ai capacităţii de a face faţă.

Problema morţii. — În pofida progreselor ştiinţifice, finalul fatal rămâne uneori la originea unei atitudini particulare: într-adevăr, moartea unui copil este greu tolerabilă. Medicul poate deveni dintr-odată distant, inaccesibil, în timp ce până atunci părea apropiat şi preocupat de copil. În alte cazuri este negată orice agravare, o pseudo-jovialitate îl înconjoară pe copil şi maschează angoasa, ca şi cum totul ar merge bine.

Discuţiile cu copilul arată că, în acest moment dificil, el are nevoie de un contact şi de a fi acompaniat. În plus, copilul poate să aibă un sentiment de culpabilitate faţă de familia sa care e tristă, care plânge din cauza lui, pe care o va abandona, neglija. Această culpabilitate poate fi la originea unor reacţii în aparenţă paradoxale ale copilului care afişează atunci o subexcitare sau o euforie discretă.

În toate cazurile, medicul care trata bolnavul trebuie să fie prezent, chiar dacă neputinţa lui actuală îl face să trăiască un sentiment de culpabilitate: „*Chiar atunci când un pediatru nu mai poate aplica tratamentul medical, el îl poate ajuta pe copil urmând sfaturile pe care acesta însuşi le dă, nerupând legăturile lor, ascultându-i întrebările despre viaţă şi moarte şi răspunzând la ele. Dacă, dimpotrivă, el ar rupe relaţia cu copilul şi ar înceta orice relaţie cu el, l-ar lăsa angoasat într-o singurătate prematură ce prefigurează moartea.*" (G. Raimbault).

Problema vindecării. — După unul sau doi ani de la începutul bolii în caz de evoluţie favorabilă sau de remisiune, se pare că dificultăţile psihologice observate la copil ca şi la părinţi regresează sensibil, aceste familii nemaidistingându-se de un eşantion de control (Sawyer şi col., 1997). La distanţă mai mare, se pune problema vindecării (Brun, 1989): travaliul psihic de vindecare nu răspunde nici la aceeaşi logică, nici la aceeaşi temporalitate ca vindecarea fizică. Ca şi pentru faza de anunţare a diagnosticului, perioada de vindecare conduce la reamenajări atât intrapsihice [la copil, părinte(ţi)] cât şi relaţionale: 1) raportarea la timp se modifică din nou, cu atât mai mult cu cât în momentul bolii copilul s-a protejat printr-o hipermaturitate defensivă; 2) senzaţia frecventă de vid

relațional și obiectal care însoțește anunțul vindecării este dovada unui travaliu specific de doliu care trebuie efectuat: cel al acestei boli care a ocupat tot spațiul (intrapsihic și relațional) al unei familii; 3) copilul vindecat trebuie reinvestit pentru ceea ce este el de către părinți care, în fața bolii grave și posibil fatale a copilului lor, regăsiseră în mod defensiv copilul ideal pe care orice părinte îl poartă în sine: părinții se trezesc deci confruntați cu amenințarea acestei idealități invazive. Este probabil ceea ce explică de ce „pericolul de moarte din boală pare mai ușor de stăpânit decât pericolul vieții regăsite" (D. Brun, 1997) și de ce părinții ca și copiii se-ndoiesc de realitatea vindecării dincolo de rezonabil. Într-o manieră aproape paradoxală, și aici o acompaniere psihologică se poate dovedi necesară.

Sida. — Problema reprezentată de sida a provocat o reflecție, o înțelegere și crearea unor structuri în care sunt luate în seamă problemele specifice acestei boli (mod de contaminare și de transmitere, evoluție, atingere neurologică și pierdere a achizițiilor etc.) și problemele legate de evoluție. S-au realizat progrese remarcabile în materie de prevenție și de îngrijiri precoce, dar, în toate cazurile, mai ales când copilul apare seropozitiv, a devenit o necesitate evidentă colaborarea unor echipe pluridisciplinare în care își au locul psihologi și pedopsihiatri.

2. — PREMATURITATEA

Numim prematur un copil născut viu la termenul unei gestații sub 37 de săptămâni (normal: 42 de săptămâni plus sau minus una). Teoretic ar trebui să distingem clar între prematuritate și Întârzierea de Creștere Intra-Uterină (ICIU): copilul prematur se naște înainte de termen, dar greutatea sa este normală dacă ținem cont de vârsta gestațională. Copilul născut cu o întârziere de creștere intra-uterină prezintă un decalaj uneori important între greutate și vârsta sa gestațională. Definiția OMS incluzând sub termenul de prematuritate ansamblul copiilor cu greutatea sub 2 500 de grame la naștere, tinde să confunde aceste două populații pe care anchetele epidemiologice catamnestice le diferențiază din ce în ce mai net: sechelele par într-adevăr mult mai frecvente în populația ICIU.

Orice-ar fi, procentajul mediu de nou-născuți cu greutate scăzută este în regresie regulată datorită eforturilor constante de prevenție: 8,2% din nașteri în 1972, 6,8% în 1976, 5,6% în 1981 (Institutul Național de Studii și Cercetări Medicale), scăzând chiar la rate de 3,5% pentru anumite secții cu o politică de prevenție foarte activă (E. Papiernik). În funcție de țară, procentajele oscilează între 6 și 12%. Asistăm la o recrudescență recentă de copii prematuri datorită

unui număr crescând de nașteri multiple după stimulare ovariană sau o tehnică de procreare asistată medical.

Pe lângă distincția dintre întârzierea de creștere intra-uterină și prematuritate, progresele reanimării neonatale conduc la a distinge prematurul simplu de marele prematur (greutate la naștere mai mică de 1 500 de grame) la care se pot asocia de altfel prematuritatea și ICIU.

Factorii responsabili pentru prematuritate pot fi repartizați în două categorii:

- factorii individuali la nivelul mamei, asupra cărora nu ne vom extinde;
- factorii socio-economici: toate statisticile recunosc incidența lor crescută.

Precaritatea condițiilor materiale de viață, oboseala datorată unei munci grele, lungi drumuri cotidiene, o alimentație defectuoasă sunt factori favorizanți. Or, toți autorii sunt de acord să recunoască că aceste condiții socio-economice ale familiei reprezintă factorul de risc cel mai important în dezvoltarea psihoafectivă a copilului (v. infra). Astfel, este de temut un efect cumulativ între aceste două serii: prematuritate–sărăcie socio-economică. Eforturile de prevenție se referă de altfel prioritar la acești factori de mediu.

Un prematur născut într-o familie dintr-o clasă socială defavorizată este expus la riscuri ridicate, în timp ce în clasele sociale de mijloc sau superioare, dacă se exclud prematurii care prezintă semnele unei leziuni neurologice, nu există practic nici o diferență evolutivă între copiii născuți prematur și cei născuți la termen. Viitorul psihosocial al copilului prematur este umbrit încă și mai mult de existența frecventă a unei distorsiuni sau a unei carențe relaționale familiale: printre copiii victime de abuzuri fizice, numărăm 26% prematuri (v. cap. 26, 1.1).

Progresele reanimării neonatale permit supraviețuirea unor copii născuți în condiții din ce în ce mai precare; pe de altă parte, ameliorările tehnice au făcut practic să dispară unele complicații (precum fibroplazia retro-lenticulară prin hiperoxigenare) și au redus considerabil sechelele cele mai grave (ca în cazul bolii membranelor hialine). Supraviețuirea copilului prematur progresează într-o manieră spectaculară (v. tabelul X).

TABELUL X. — *Procentajul de mortalitate la copiii cu greutate mică la naștere* (după P. Satge).

Greutate la naștere	*1957*	*1967*	*1977*
GN < 1000 g	85,7%	68,5%	40%
1001 < GN < 1250 g	63 %	46 %	28,5%
1251 < GN < 1500 g	33,9%	26,2%	14,7%
GN >1 500 g	28,4%	15,7%	7 %

Sechelele grave, mai ales neuropsihice, scad şi ele cu regularitate. Ele se întâlnesc mai ales la marele prematur (greutate la naştere < 1500) şi în caz de complicaţii neonatale (Apgar < 5 la 5 minute): Salbreux găseşte 14,5% sechele neuropsihice grave într-o populaţie astfel definită: infirmitate motorie cerebrală, encefalopatie cu deficit intelectual mai mult sau mai puţin profund, deficienţă senzorială, hipotonie gravă.

Astfel, marea majoritate a prematurilor trece de pragul primei etape de dezvoltare depăşind complicaţiile somatice cele mai redutabile. Dar acest succes se plăteşte prin condiţii de creştere complet artificiale: incubator, gavaj gastric, perfuzie, control permanent al principalelor constante biologice... Prematurul este plasat într-un univers mecanizat, robotizat şi medicalizat la extrem: efectul psihologic al acestor condiţii particulare de creştere trece de acum pe primul plan. Neonatologii devin progresiv conştienţi de importanţa acestor factori de mediu; zgomotul făcut de incubator (uneori mai mare de 90 de decibeli) a focalizat mai întâi atenţia. Ne-am străduit atunci să concepem incubatoare silenţioase. Actualmente, atenţia se orientează către studiul primelor interacţiuni între mamă şi nou-născutul său, subliniind competenţa slabă şi vulnerabilitatea mare a nou-născutului prematur. Astfel, mai multe studii au arătat că prematurul prezintă o toleranţă redusă la „surmenajul senzorial" (Brazelton) reacţionând prin retragere, că el are capacităţi homeostatice reduse (fiind fie hiperreactiv, fie hiporeactiv). Sugarii prematuri sunt frecvent mai iritabili, mai greu de consolat, neexprimându-şi nevoile prin manifestări de apel adecvate. Putem să tragem concluzia de aici că sugarii prematuri organizează diferitele conduite interactive mai puţin bine decât sugarii născuţi la termen. Pentru părinţi şi mai ales pentru mamă, pe lângă traumatismul psihic pe care-l reprezintă naşterea prematură (v. mai jos), relaţia cu bebeluşul său prematur este şi ea mai dificilă, mai puţin aducătoare de gratificaţii, pentru că ea nu primeşte, sau primeşte mai puţin, un răspuns în schimbul încercărilor sale de comunicare; ea trebuie să-şi stimuleze sau să-şi liniştească continuu bebeluşul.

Ansamblul acestor constatări dovedeşte dificultăţile de creştere şi de comunicare dintre prematur şi mediul său. Într-o manieră puţin schematică, vom distinge dificultăţile mai întâi la mamă (la naştere, apoi în timpul primelor interacţiuni), apoi la copil.

2.1. — MAMA COPILULUI PREMATUR

Naşterea unui copil prematur survine în general într-un context de urgenţă şi de dramă: ea o privează pe mamă de pregătirea şi de travaliul psihologic atât de importante la sfârşitul sarcinii. Ea îi provoacă mamei un sentiment de rănire, de incapacitate, putând declanşa o repunere în cauză profundă a fundamentului narcisic al personalităţii şi al identităţii sale. Acest context de „prematuritate psihologică" (când ne gândim la interacţiunile atât de bogate dintre o mamă şi copilul său în timpul ultimului trimestru de sarcină), sentimentul de culpabilitate şi de ruşine narcisică pot să fie la originea unor reacţii deosebite.

A. Carel a descris confuzia mamelor de copii prematuri în zilele care urmează naşterii. El distinge o reacţie de „**confuzie existenţială**", compusă dintr-un sentiment de vag, de ceaţă, de vid, cu o stare de rău, o pierdere relativă a simţului realităţii. Plângerile hipocondriace, astenia iniţială se transformă puţin câte puţin într-o anxietate difuză şi persistentă, apoi într-o trăire depresivă pe care mama o depăşeşte progresiv. Autorul descrie, pe de altă parte, ceea ce numeşte „**maternitatea albă**": mama nu pare să sufere de absenţa copilului, trăieşte naşterea oarecum ca pe o banală intervenţie chirurgicală. Ea se îngrijorează prea puţin de copil, nu pune întrebări: această absenţă de afect este în realitate o apărare împotriva angoasei uşor de perceput când mama trebuie să se ocupe de copil; ea este depăşită, se simte incompetentă, chiar periculoasă.

Winnicott a evocat *„preocuparea maternă primară"* pe care o compară cu o reacţie psihotică, un fel de „boală" care îi permite mamei *„să se pună în locul copilului său şi să răspundă la nevoile lui"*: mama normală se vindecă de această boală pe măsură ce copilul creşte. Reacţiile de „confuzie existenţială" sau de „maternitate albă" ar putea fi înţelese drept consecinţa unei reacţii de „preocupare maternă primară" privată de obiectul său, adică de nou-născut, cu plutirea confuzională sau retragerea schizoidă secundară.

Într-o perspectivă etologică, unii autori au confirmat efectul dezorganizator al privării de stimulare datorate absenţei nou-născutului; capacitatea de adecvare a mamei la bebeluşul său se reglează în mod punctual din primele zile, prin răspunsurile copilului la conduitele mamei. Starea de empatie extremă, sau de solicitudine maternă primară ajută la această adecvare. Carenţa mamei în stimulare, pentru că bebeluşul prematur este în incubatorul său, riscă să afecteze sau să denatureze această capacitate de empatie foarte deosebită din momentul naşterii şi care dispare după câteva zile: calitatea ulterioară a legăturii dintre mamă şi copilul său poate să sufere durabil din cauza aceasta.

P. Leiderman notează că la o lună după ieşirea din spital mamele de copii prematuri schimbă mai puţine surâsuri şi au mai puţine contacte fizice ventrale cu copiii lor faţă de mamele de copii născuţi la termen. Stabilirea unui contact fizic precoce, în timp ce copilul este încă în incubator, atenuează, dar nu face să dispară această diferenţă.

Toate eforturile actuale ale serviciilor de neonatologie tind în consecinţă să favorizeze contactele dintre copil şi familia sa: să dea biberonul cât mai repede cu putinţă, să atingă şi să mângâie copilul, să-l ia în braţe. Chiar dacă această

introducere a mamei nu se face fără să pună probleme unora dintre membrii echipei de îngrijire, ea este indispensabilă şi ar trebui să se generalizeze.

Deficienţele artificial impuse în această legătură timpurie mamă–copil ar putea să fie cauza unei reacţii paradoxale a mamelor de copii prematuri: frică de a-l atinge, dependenţă excesivă faţă de medici şi infirmiere, neîndemânare comportamentală frecventă, frică de a-l lua acasă (se observă frecvent o dispariţie temporară a mamei, timp de câteva zile, în momentul în care este vorba de externarea bebeluşului). Ulterior, distorsiunea precoce poate să persiste sub forma unei anxietăţi mereu vii, cu o nevoie constantă de îngrijiri sau de supraveghere medicală. Mai grave sunt reacţiile de abandon, de carenţă afectivă sau de abuz.

2.2. — EVOLUŢIA COPILULUI PREMATUR

Numărul de sechele datorate unei leziuni neurologice este în regresie constantă. În schimb, dificultăţile de creştere cu care se confruntă părinţii copilului prematur par destule de frecvente. În funcţie de autori, aceste dificultăţi sunt divers interpretate. Pentru unii, prematuritatea constituie un factor de risc general, crescând în consecinţă riscurile de morbiditate mintală, dar fără să fie responsabilă pentru un simptom sau un sindrom particular. Pentru alţii, prematuritatea ar putea fi responsabilă pentru sindroame mai specifice ca „sindromul fostului prematur" (Berges, Lèzine şi col.) sau „tulburările deficitare ale atenţiei" (v. cap. 20, 4.). Acestea se observă mai ales după prima copilărie, în sfera motorie şi comportamentală.

Oricum ar fi, toţi autorii recunosc „vulnerabilitatea" prematurului, vulnerabilitate care se referă atât la competenţa proprie a nou-născutului şi a sugarului prematur cât şi la fragilitatea interacţiunii mamă–copil, aşa cum am semnalat deja. În cadrul acestei interacţiuni fragile trebuie înţelese dificultăţile de creştere a copiilor prematuri fie precoce, fie mai tardive.

Dificultăţile precoce

Ele sunt de tot felul şi rezultă frecvent din condiţiile de creştere particulare de la începutul vieţii.

Anorexia precoce este frecventă. A fost incriminat rolul gavajului din primele zile de viaţă ale prematurului. Aceşti copii înghit prost, mestecă încet, sunt mofturoşi, uneori varsă. Reflexul de sugere şi de deglutiţie pot să fie de proastă calitate: introducerea linguriţei sau prezenţa bucăţilor pot să fie la originea refuzului alimentar.

Insomnia este evocată uneori; ea nu are nimic specific.

Progresele dezvoltării motorii sunt în funcţie de gradul prematurităţii. – Retardul se rezolvă în cursul celui de-al doilea an pentru prematurii născuţi în luna a şaptea sau a opta, dar poate să persiste dincolo de al patrulea an pentru prematurii născuţi în luna a şasea (Lézine). Berges şi col. semnalează o frecvenţă crescută de „descărcare motorie" de tip auto-agresiv (îşi lovesc capul, se ciupesc, se muşcă) şi de tulburări de ritm diurn sau de adormire. Pentru unii, tulburările de tonus observate la 3 luni ar fi predictive pentru întârzierea de dezvoltare ulterioară şi pentru anumite dificultăţi specifice (dispraxie).

Dezvoltarea intelectuală a făcut obiectul a numeroase studii: debilitatea mintală medie şi profundă par a fi mai frecvente când studiem ansamblul populaţiei premature. O analiză mai fină permite să modulăm acest rezultat: o serie de copii prezintă semne de suferinţă neurologică, cu atingeri organice evidente (anoxie neonatală prelungită, hemoragie cerebromeningee...), debilitatea mintală fiind legată mai mult de encefalopatie decât de prematuritate.

Printre prematurii fără semne de semne de leziune neurologică, evaluările diferă în funcţie de nivelul socio-economic. În cazul unui nivel socio-economic scăzut, toată patologia psihosocială e suprareprezentată: debilitate limită şi uşoară, copil victimă a abuzurilor, întârziere de creştere fără cauză organică etc. În schimb, nivelul intelectual al copiilor prematuri care trăiesc în familii din clase sociale medii sau favorizate nu prezintă diferenţă în comparaţie cu copiii care nu sunt prematuri din acelaşi mediu.

Condiţiile psihosociale par deci prevalente în raport cu prematuritatea însăşi.

Dificultăţile celei de a doua copilării

Două tipuri de dificultăţi au fost descrise la copiii de la 6 la 12 ani, foşti prematuri: **sindromul fostului prematur** şi **tulburarea de deficit a atenţiei**. Să notăm de la început că aceşti doi termeni acoperă în realitate o semiologie similară, dar ei reflectă poziţii teoretice diferite. **Tulburarea de deficit a atenţiei** nu este desigur specifică pentru copilul prematur, dar prematuritatea poate fi observată cu o frecvenţă foarte crescută, în funcţie de autorii care utilizează acest concept. Trimitem cititorul la descrierea clinică şi la studiul teoretic (v. cap. 20, 4.).

Sub termenul **sindrom al fostului prematur**, Berges, Lézine şi col. au descris un ansamblu de manifestări la foştii prematuri care altfel nu prezintă nici deficienţă intelectuală, nici o anomalie neurologică majoră (într-o populaţie de 140 de copii prematuri dintr-o clasă socio-economică medie). Tulburările sunt centrate pe dificultăţile psihomotorii cu neîndemânare motorie, atitudine rigidă şi blocată, hipervigilenţă musculară, paratonie, conservare a atitudinilor. Se notează şi

dificultăți de control emoțional: emotivitate cu tulburări neurovegetative, furie, impulsivitate. Diferiții itemi din testul de imitație al gesturilor tind să arate că aceste dificultăți motorii se datorează unei mediocre organizări a schemei corporale, asociate cu o proastă orientare temporo-spațială și psihomotorie.

Uneori izolat în prima copilărie, acest sindrom al fostului prematur succede frecvent dificultăților din copilăria mică (anorexie mai ales). Poate să aibă un răsunet în momentul școlarității fie asupra inserției școlare (instabilitate), fie asupra achizițiilor școlare (dificultăți de învățare a cititului și scrisului).

În sfârșit, vom reaminti frecvența crescută de copii prematuri printre **copiii victime ale abuzurilor**: 26%. Se poate emite în mod rezonabil ipoteza că interacțiunea deosebit de sensibilă și vulnerabilă dintre copilul prematur și mediul său este cauza acestei situații nefaste (v. cap.: Copiii victime ale abuzurilor, cap. 26, 1.).

3. — COPII NĂSCUȚI PRIN PROCREARE MEDICALĂ ASISTATĂ

Tehnicile de procreare medicală asistată (PMA) s-au înmulțit în acești ultimi ani. Se regrupează sub acest termen: IAP (inseminare artificială cu sperma partenerului), IAD (inseminare artificială cu sperma unui donor), GIFT (Gametes Intra Fallopian Transfert), FIVETE (Fecundare in vitro și transfer de embrion) simplu sau cu donație (fie de spermă fie de ovocite), donație de embrion, împrumut de uter etc.

Nu este cazul să abordăm aici indicațiile specifice ale fiecărei metode, nici problemele juridice legale, etice și morale pe care le ridică aceste diverse „tehnici" chiar dacă sunt foarte importante pentru unele întrebări ivite (de exemplu: statutul juridic al embrionilor congelați: există aproximativ 10 000 în Franța).

Deși recente, aceste metode de procreare privesc un număr crescut de copii: în medie, ar exista în Franța 2200 de sarcini pe an după IAD și cererile cresc (3500 pe an, și mai mult); mai mult de 4000 de copii se nasc prin fecundare *in vitro*. Vom semnala de asemenea frecvența sarcinilor multiple cu problemele lor specifice și riscul crescut de prematuritate (v. infra).

Prin definiție, copiii respectivi sunt încă mici (câțiva copii au mai mult de 5/6 ani); încep să apară câteva studii cu privire la răsunetul psihologic al acestor diverse tehnici asupra copilului.

Cu titlu de exemplu, C. Manuel și col. studiază o populație de copii în vârstă de mai puțin de 3 ani născuți prin IAD, o populație de copii de aceeași vârstă născuți după un alt tratament pentru infertilitate și un grup martor pereche.

În ansamblu, copiii născuți prin PMA prezintă dificultăți afective care îi aseamănă cu copiii cu risc înalt (frecvența micilor boli, tulburări de alimentare, de somn, de comportament, toate dificultățile care dovedesc o „hiperinvestiție anxioasă" de către părinți). Dar ei diferă de copiii cu risc înalt printr-o precocitate a dezvoltării psihomotorii și a limbajului care îi înrudesc, dimpotrivă, cu copiii cu risc scăzut.

În raport cu atitudinile parentale cu privire la „dezvăluirea" PMA copilului, există o corelație între intensitatea tulburărilor și anumite atitudini parentale. Se pare că secretul absolut sau confidența limitată la câțiva adulți nu pare asociat cu riscuri deosebite la vârstele la care au fost văzuți copiii (3 ani și mai puțin). În schimb, când părinții au o atitudine „contradictorie" (întreținând secretul pe lângă unii și divulgând altora pe larg faptele) sau când dezvăluie PMA copilului mic, dificultățile sunt mai severe la copil. Este vorba în general despre cupluri pentru care infertilitatea părea să provoace cele mai multe probleme psihologice.

Constatările epidemiologice merg în același sens ca și cazurile clinice publicate cu regularitate: dificultățile psihologice ale unui copil născut prin PMA survin frecvent în cupluri ce prezintă dificultăți de ordin psihologic încă din perioada de infertilitate.

Este evident că este vorba de un domeniu nou unde raportările de cazuri clinice și studiile epidemiologice trebuie să continue. Este necesar și să fim prudenți în concluzii deoarece reculul este încă foarte mic.

BIBLIOGRAFIE

ANTHONY E.J., KOUPERNIK C.: *L'enfant et sa famille* (vol. 2): *L'enfant devant la maladie et la mort.* Masson, Paris, 1974.

BERGES J., LEZINE I., HARRISON A., BOISSELIER F.: Le syndrome de l'ancien prématuré: Recherche sur sa signification. *Rev. neuropsy. inf.*, 1969, 17 (11), 719-778.

BOWLBY J.: *La perte.* PUF Paris, 1984, 1 vol.

BRAZELTON T.B.: Comportement et compétence du nouveau-né. *Psych. Enfant,* 1981, 24, 2, 375-396.

BRUN D.: *L'enfant donné pour mort. Enjeux psychiques de la guérison.* Dunod éd., 1989, 1 vol.

CRAMER B., FEIHL F., PALACIO ESPASA F.: Le diabète juvenile, maladie difficile à vivre et à penser, *Psy. enf.*, 1979, 22 (1), 5-66.

FIELD T.M., GOLDBERG S., STERN D., SOSTEK A.M.: *High risk infants and children, adult and peer interactions.* Academie Press, New York, 1980, 1 vol.

GAUVAIN-PIQUARD A., MEIGNIER M.: *La douleur chez l'enfant,* 1 Vol. Calmann-Lévy, Paris, 1993.

GREEN M., NAUD M., SOLNIT A.: Reactions to the threatmed loof of her child: a vulnerable child syndrom. *Pediatris,* 1964, 34, 58.

GUTTON P., LEVY LEBLOND E.: Psychopathologie clinique et hépatologie infantile. *Psy. enf.,* 1978, 21 (1), 7-66.

LEBOVICI S. (avec la coll. de STOLERU S.): *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste.* Le Centurion éd., Paris, 1983, 1 vol.

LEDDET I., BREMOND M., LAUGIER J., SAUVAGE D.: Développement des enfants prématurés pesant moins de 2500 g. Aspect cognitif et comportemental du devenir à 5 ans et demi. *Neuropsychiat. Enf. Ado.,* 1990, 38, 1-2, 7-11.

LEIDERMAN P.M. : Les mères à haut risque: conséquence possible des soins hospitaliers aux enfants prématurés. *In:* ANTHONY E.J., CHILAND C., KOUPERNIK C.: *L'enfant à haut risque psychiatrique.* PUF, Paris, 1980, 1 vol., 175-183.

MALAVAUD B., MORON P.: Divorce et embryons congelés. *Neuropsychiat. Enf. Ado.,* 1991, 39 (6), 233-237.

MANUEL C., FACY F., CHOQUET M., GRANDJEAN H., CZYBA J.C.: Les risques psychologiques de la conception par insémination artificielle avec donneur pour l'enfant. *Neuropsychiat. Enf. Ado.,* 1990, 38, 12, 642-658.

MINKOWSKI A., AMIEL-TISON Cl.: Le risque obstétrical dans la genèse de la vulnérabilité. *In:* ANTHONY E.J., CHILAND C., KOUPERNIK C.: *L'enfant à haut risque psychiatrique.* PUF, Paris, 1980, 1 vol., 163-174.

Numéro spécial: SIDA, *Neuropsychiat. Enf. Ado.,* 1991, 39, 1, 1-48.

Numéro spécial: Procréations Médicalement Assistées. *Neuropsychiat. Enf. Ado.,* 1990, 38, 12, 629-692.

LA PREMATURITE: Table ronde avec Ferrari, Satgé, Cukier, Salbreux, Soulé. *Rev. Neuropsy. inf.,* 1978, 26 (9), 407-456.

QUENEAU P., OSTERMANN G.: *Le médecin, le patient et sa douleur.* 1 Vol. Masson, Paris, 1993.

RAIMBAULT G.: *L'enfant et la mort.* Privat, Toulouse, 1976, 1 vol.

SAWYER M., ANTONIOU G., TOOGOOD I., RICE M.: Childhood cancer: a two year prospective study of the psychological adjustment of children and parents. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry,* 1997, 36, 1736-1743.

STEIF B.L., HEILIGENSTEIN E.L.: Psychiatric symptoms of pediatric cancer pain. *J. Pain Symptom Management,* 1989, 4, 191-196.

WEIL-HALPERN F.: Les parents d'un enfant atteint du sida. *Neuropsychiat. Enf. Ado.,* 1991, 39, 1, 25-27.

WILKINSON S.R.: *The child word of illness. The development of health and illness behaviour.* Cambridge University Press, 1988, 1 vol., 288 p.

26 COPILUL DE PROTEJAT. PROTECȚIA COPILULUI: STRUCTURI MEDICO-SOCIALE

Vom aborda în acest capitol diverse situații: abuzuri fizice, abuzuri sexuale, neglijențe, abandonuri, care au toate în comun faptul de a pune în pericol bunăstarea fizică și/sau psihică a copilului și care necesită măsuri de protecție potrivite.

Dacă cele mai recente statistici pot, pe bună dreptate, să suscite o emoție certă, nu trebuie totuși să uităm că în secolele precedente copilul a fost o victimă frecventă a tratamentelor rele, mult mai frecvent decât actualmente. Pe lângă infanticidele numeroase până în secolul XIX, abandonul era o practică cvasi-curentă (121 000 de copii găsiți, deci abandonați în 1835 la Paris!); plasamentele de îngrijire la bone cunoșteau o mortalitate îngrozitoare; în sfârșit, condițiile în care erau puși să lucreze copiii se asemănau cu o maltratare cvasi-instituțională; în ceea ce privește pedepsele și abuzurile corporale, a trebuit să se aștepte începutul secolului XX pentru a începe să fie considerate ca atitudini blamabile (cf. hotărârea ministerului Școlii Publice din 18.01.1887 modificat pe 12.07.1918 pentru pedepsele la școala primară) (v. C. Mignot: Locul și destinul copilului maltratat din vechiul regim până în zilele noastre; *in: Copilul maltratat,* 1993).

Primele publicații ale lui A. Tardieu (1837, 1879) asupra abuzurilor și atentatelor la moravuri stabilind realitatea tratamentelor rele și a abuzurilor sexuale asupra minorilor nu vor avea nici un ecou la vremea lor.

Banalitatea relativă a maltratării explică poate faptul că a trebuit să se aștepte mijlocul secolului XX pentru a se descrie cu adevărat tabloul lor clinic.

F. D. Ingraham, neurochirurg, afirmă în 1939 natura traumatică a hematoamelor subdurale ale sugarului; F.N. Sylverman, radiolog, descrie leziunile osoase fracturare și caracterul lor traumatic; în sfârșit Kempé, pediatru, publică în 1962 „Sindromul copilului bătut“ în colaborare cu F. Sylverman și pedopsihiatrul B. F. Steele. În Franța, P. Strauss și M. Manciaux își vor publica primele studii în 1972 și 1975.

În ceea ce priveşte abuzurile sexuale, după o lungă perioadă de tăcere, campaniile multiple de informare şi de prevenţie au permis o abordare mai puţin pasională. Frecvenţa lor şi ceea ce pare a fi o creştere constantă pun o adevărată problemă de societate.

1. — COPILUL MALTRATAT

După raportul general al sănătăţii în Franţa (Noiembrie 1994, la Documentation Française ed.) „40 000 de copii sunt semnalaţi în fiecare an şi luaţi în îngrijire de justiţie sau de instituţia de ajutor social pentru copii. Tratamentele rele duc la cel puţin 600 de decese pe an şi un număr important, deşi greu de cifrat cu precizie, de cazuri de incapacitate fizică şi încă şi mai multe de tulburări grave ale dezvoltării psihoafective".

Violenţa fizică şi violenţa sexuală merg frecvent împreună dar nu întotdeauna. În ancheta sa din 1993 asupra adolescenţilor de la 11 la 19 ani întrebaţi despre antecedentele de violenţe fizice şi/sau sexuale suportate, M. Choquet indică cifrele următoare (tabelul XI). Băieţii sunt mai frecvent decât fetele victime ale violenţelor fizice şi este rar ca atunci când sunt victime ale violenţelor sexuale să nu fie şi victime ale violenţei fizice. Fetele sunt mai frecvent decât băieţii victime ale violenţelor sexuale (de la 3 la 4 fete la un băiat) dar sunt mai multe fete care îndură „violenţe" sexuale fără violenţă fizică asociată (incestul „seducţie").

Vom aborda succesiv maltratarea fizică, apoi abuzul sexual, cunoscând deci asocierile posibile.

TABELUL XI. – Violenţă declarată de adolescenţi (%)
(INSERM U 169, 1993)

	Băieţi	Fete	Total
A. Nu au fost niciodată victime ale violenţei	78,6	87,3	83,1
B. Au fost victime doar ale violenţei fizice	19,3	7,1	13,1
C. Au fost victime doar ale violenţei sexuale	0,9	2,7	1,8
D. Au fost victime ale violenţei fizice şi sexuale	1,2	2,9	2

Să semnalăm de asemenea că, fără să facă parte din abuzurile fizice propriu-zise, „neglijenţa faţă de copil" este o altă formă de maltratare, necesitând frecvent intervenţia serviciilor de protecţie judiciară sau socială. În „neglijenţa gravă", factorii de risc socio-economic şi cultural sunt frecvent pe primul plan, ceea ce este mai puţin cazul pentru abuzuri. Totuşi, 46% dintre copiii neglijaţi ar fi şi victime ale abuzurilor (American Human Association, 1984). „Neglijenţa" a fost abordată în capitolul „carenţă afectivă, carenţă de îngrijire" (v. cap. 22, 1.2.).

În sfârşit, trebuie să evocăm şi *abuzurile morale*: deşi mai puţin evidente, aceste abuzuri morale reprezintă o altă manieră de a exercita violenţa asupra unui copil, violenţă mai subtilă şi poate mai producătoare de vătămări pe plan psihologic. Catalogul abuzurilor morale ar trasa în realitate tabloul capacităţilor de invenţie umană în serviciul agresivităţii, în sensul că nu există limită de la constrângerile corpului (mână în aer, imobilitate psihică, diverse atitudini impuse etc.) până la constrângerile morale. Linia de demarcaţie dintre ceartă sau ameninţarea banală şi violenţa morală este departe de a fi evidentă. În ceea ce ne priveşte, credem că dimensiunea patologică e atinsă când plăcerea de a pedepsi depăşeşte stricta necesitate educativă. Vom reveni asupra acestui punct.

Prin această enumerare ne apropiem de definiţia copilului maltratat, dată de un grup de lucru al ODAS (Observatorul Naţional al Acţiunii Sociale Decentralizat): „*Copilul maltratat este cel care este victima violenţelor fizice, cruzimii mintale, abuzurilor sexuale, neglijenţelor grele, cu consecinţe grave asupra dezvoltării sale psihice şi psihologice*".

1.1. — MALTRATREA FIZICĂ A COPILULUI

Frecvenţă

Este greu să definim cu rigoare incidenţa maltratării copiilor. Mai întâi pentru că aceasta depinde de definiţia însăşi a maltratării: luăm în considerare doar maltratarea fizică, maltratarea sexuală, ambele, neglijenţa gravă... Apoi pentru că nu există nici o anchetă în populaţia generală: majoritatea evaluărilor reprezintă extrapolări plecând de la populaţii clinice (copii spitalizaţi) sau de la anchete foarte localizate. În Franţa, se citează frecvent cifra de 40 000, 50 000 copii maltrataţi, cifră care este o extrapolare ce pleacă de la o cercetare efectuată în 1974 în regiunea pariziană. Incidenţa spitalicească stabilită prin autochestionare completate de adolescenţi de la 11 la 19 ani, ne informează că un băiat din cinci şi o fată din zece ar fi fost victime ale violenţei fizice, cu sau fără abuz sexual (v. tabelul XI: cumul linia B+D).

În Statele Unite este evocată cifra de 170 000 de copii maltrataţi în 1985

(R. Krugman). În jumătate din cazuri, este vorba despre neglijență gravă și factorii socio-economici par a fi pe primul plan. Incidența pentru traumatisme ar fi de 9,19 traumatisme la 1000 de copii de mai puțin de 5 ani și de 3,28 la 1000 pe ansamblul celor sub 18 ani. În Anglia și în Canada, este frecvent dată o incidență cuprinsă între 1 și 1,5 la 1000. Par să existe disparități importante în funcție de țară, incidența fiind mai scăzută în țările scandinave.

Cu cât copiii sunt mai mici, cu atât sunt mai vulnerabili, dar și victime: 80% dintre copii au mai puțin de 3 ani și 40% mai puțin de un an. Recidiva s-ar observa în 50 până la 60% din cazuri în absența măsurilor de protecție a copilului (Strauss și Rouyer, 1982).

Deși rar, decesul copiilor ca urmare a tratamentelor rele nu este excepțional.

Descriere clinică

Nu vom descrie în detaliu sindromul clinic pe care-l vom regăsi ușor în majoritatea manualelor de pediatrie. Într-adevăr, diagnosticul de maltratare a copilului revine cel mai frecvent medicului generalist sau pediatrului (din ambulatoriu sau din spital).

În schimb, vom descrie manifestările psihologice și psihopatologice mai ales în termeni de interacțiune deviantă.

Vom insista de asemenea asupra dispozitivului care trebuie creat pentru prevenția recăderilor și asupra îngrijirilor psihologice necesare atât copilului cât și familiei.

Simptome fizice

Vom doar aminti leziunile dermatologice (echimoze, hematoame, arsuri de țigară, de fier de călcat, produse de apa caldă..., zgârieturi, urme de legături...), fracturile (sindromul Sylverman), hematoamele subdurale. Starea generală poate fi afectată (hipotrofie, retard staturo-ponderal) dar nu întotdeauna.

Tulburări de comportament

Ele se observă de la 12-18 luni. Pe lângă starea generală proastă, unii copii se arată excesiv de fricoși, pândind aprobarea adultului înainte de a-și autoriza cel mai mic gest, par înlemniți. Cel mai mic gest al adultului provoacă la ei un gest de protecție. S-a descris la unii copii o stare de **„vigilență înghețată"** (Kempé, 1978), adică o atenție anxioasă și imobilă față de anturaj, ca și cum copilul ar scruta anxios mediul pentru a decela un pericol potențial sau pentru a descoperi și a anticipa dorința celuilalt. La polul opus, unii dovedesc o uimitoare lipsă de rezervă: se duc prea ușor către străini, nu pare să le fie frică la plecarea părinților, stabilesc imediat cu infirmierii o relație prea imediată sau prea regresivă.

Această familiaritate, această lipsă de teamă de străini revelează distorsiunea profundă a relației cu părinții.

La copilul mai mare, se observă cu ușurință două tipuri de comportament: fie o mare timiditate cu repliere temătoare, fie, la polul opus, o instabilitate accentuată, asociată cu comportamente frecvent haotice și violente, mai ales cu copiii de vârsta lor sau mai mici. Acești copii sunt agitați, „hiperactivi", instabili și provocatori, toate fiind caracteristici care perenizează riscul de tratamente rele.

Tulburări afective

Sunt foarte frecvente, exprimate direct prin frici, dificultăți de somn cu coșmaruri sau terori nocturne, perceptibile în „vigilența înghețată", sau care conduc la manifestările reacționale obișnuite: instabilitate, agitație, agresivitate. Tulburările din seria depresivă încep să fie mai bine cunoscute. Sunt frecvente devalorizarea, pierderea stimei de sine și încă și mai mult culpabilitatea (v. descrierea depresiei la copil, cap. 18, 2.1). Cu titlu de exemplu, într-o populație de 56 de copii cu vârsta de la 7 la 12 ani, victime ale unor tratamente rele, J. Kaufman (1991) notează că 27% dintre copii prezintă o stare clinică corespunzătoare criteriilor din DSM-III-R, fie pentru episodul depresiv major, fie pentru distimie. Copiii victime ale maltratării fizice dezvoltă frecvent sentimentul că dacă părinții lor îi bat, este pentru că au făcut prostii și pentru că sunt „copii răi". Mai clar, ei se simt vinovați pentru loviturile pe care le primesc. Trebuie să facem de altfel observația că acest sentiment difuz de culpabilitate poate să-i conducă pe copii la atitudini care induc trecerile la act parentale. Oricare ar fi dinamica interactivă, la copiii victime ale maltratării fizice, sentimentul de culpabilitate poate fi intens, determinând o veritabilă stare depresivă, prea frecvent necunoscută și neglijată de clinicieni și de asistenții sociali. Această stare depresivă își adaugă propriile complicații la consecințele directe ale maltratării.

Răsunet social

Dificultățile școlare (dificultăți de concentrare, agitație, nerespectarea regulilor) apoi eșecul școlar sunt, dacă nu constante, cel puțin foarte frecvente, accentuând interacțiunea negativă părinți–copil și trăirea de devalorizare a acestuia din urmă. Tulburările de comportament cu ceilalți copii (agresivitate, impulsivitate) au drept rezultat izolarea socială sau relații doar cu copiii agitați, agresivi, ceea ce participă de asemenea la cercul vicios devalorizare–excludere.

Diagnostic

Nu atât diagnosticul leziunilor, ușor de făcut, cât recunoașterea maltratării pune probleme. Aceasta se bazează pe:

– caracterul și asocierea leziunilor, aspectul general al copilului;

– ameliorarea rapidă și „inexplicabilă" în timpul spitalizării sau al separării de părinți;

– în sfârșit, discordanța dintre datele clinice și rezultatele discuției cu părinții.

Problema **mărturisirii de către părinți** este prea frecvent în mijlocul demersului cvasi-polițist al anchetei pediatrice. La acest nivel, există orice, de la părinți care anunță brutalitățile fie într-un context de mare culpabilitate, fie cu o inocență mimată sau nu, până la părinții care neagă cu tărie orice maltratare, aruncând vina pe copil (a căzut) sau pe un terț (a fost împins), trecând prin cei care „mărturisesc fără să mărturisească", cu o evidentă notă perversă în stilul: „l-am lăsat să cadă" sau „probabil că a călcat pe țigară".

Mărturisirea sau nemărturisirea nu au de altfel nici o incidență asupra evoluției ulterioare a copilului.

Existența de tratamente rele cunoscute sau de plasamente instituționale sau familiale în fratrie intervine automat în discuția diagnostică. Totuși această informație nu trebuie nici să ne dispenseze de o examinare atentă a copilului, nici să conducă la afirmații care să nu se bazeze decât pe prezumțiile provenite din trecut. Strauss și Manciaux (1978) semnalează totuși în studiul lor frecvența deceselor (moarte subită, deces neexplicat) în fratria copiilor maltratați (10%).

Contextul psihologic

În privința părinților

Atenția s-a îndreptat mai întâi în direcția lor pentru a căuta cauzele profunde ale comportamentului acestora.

Să notăm mai întâi factorii de morbiditate generală: slab nivel socio-economic (deși aceasta este din ce în ce mai puțin adevărat), promiscuitate și dimensiune mică a locuinței, frecvența mare a situațiilor familiale deosebite (separări, recăsătorii, mame celibatare).

Mamele au în medie vârsta de 26 de ani, tații 30 de ani. Studiul antecedentelor părinților este foarte clarificator. O mare parte dintre ei au avut o copilărie dificilă (singurătate, carență de îngrijire sau carență afectivă, plasamente multiple). Nu rareori ei înșiși au fost victime ale tratamentelor rele perfect integrate în schema lor educativă și în identificările lor parentale. Mama apare frecvent imatură, egocentrică și narcisică. Dorința de reparație a propriei sale carențe reprezintă frecvent factorul de motivație esențial pentru a avea un copil. În acest caz, o satisfacție magică, o stare de bine, o liniștire a sentimentului de carență sunt așteptate din partea copilului: mama nu tolerează grijile inevitabile pe care acesta din urmă le suscită. Astfel, de exemplu, când copilul său plânge, mama nu consideră că aceste plânsete dovedesc o stare proastă la copil, oricare ar fi aceasta (foame, nevoie de somn, scutece murdare...), ci că aceste plânsete traduc furia copilului față de ea, că el este rău, că are ceva cu ea. De asemenea, când el își murdărește scutecele, nu este pentru că el avea nevoie pur și simplu să aibă scaun, ci pentru că avea intenția deliberată să-și supere mama sau să-i facă rău. La aceste mame foarte carențate, cu lipsuri narcisice profunde, toate conduitele copilului sunt resimțite în raport cu propria lor nevoie; fiecare manifestare a bebelușului sau a copilului care dovedește o funcționare autonomă și care nu umple în mod necesar aceste lipsuri parentale este resimțită ca un atac, o renegare sau cel puțin un reproș. Acestui fond de carență i se asociază o frecventă impulsivitate, maltratarea fizică survenind într-un context de descărcare agresivă impulsivă. Astfel, unii părinți anxioși, ei înșiși carențați în copilăria lor, sunt profund angoasați de plânsetele bebelușului lor, plânsete care reactivează frustrările lor vechi și suferința lor și pe care vor să le facă să înceteze imediat căutând să satisfacă bebelușul; nereușind, își descarcă angoasa prin trecerea la actul impulsiv, dar și agresiv.

Kempé evocă noțiunea de „*criză familială*" ca factor declanșator al maltratării, criză explicată de agravarea condițiilor afective și sociale deja mediocre, în urma unei neînțelegeri de cuplu, a unei noi nașteri, a unei mutări cu izolare socială mai accentuată, a pierderii unui loc de muncă, a unei spitalizări a unui membru al familiei etc. În plus, părinții sunt frecvent izolați de propriile lor familii: ei sunt în situație de ruptură sau de respingere din partea propriilor lor părinți (bunicii copilului bătut) sau întrețin cu aceștia relații de dependență profund ambivalente, în care domină trecerea la act, chiar violența.

De obicei sunt implicați ambii membri ai cuplului. E rar ca maltratarea să fie ignorată de unul dintre părinți. Cel mai frecvent unul dintre ei este actorul, dar celălalt fie acceptă tacit, fie chiar provoacă trecerea la act. El se comportă frecvent ca un complice, aranjându-se pentru a găsi scuze, a disimula maltratarea sau neglijența. Când această înțelegere activă între părinți există, prognosticul pare deosebit de îngrijorător. Refuzul, negarea sunt frecvente, deseori asociate cu atitudini de seducție, de aparentă „drăgălășenie" cu copilul în prezența consultantului sau a asistenților sociali.

Existența unei *patologii psihiatrice manifeste* la unul sau la ambii părinți este divers evaluată; Strauss descoperă un procentaj crescut de alcoolism (30%) și de debilitate (30%) la unul sau la ambii părinți. După Kempé, majoritatea părinților care-și maltratează copilul nu prezintă o patologie mintală specifică; totuși la 10% dintre ei patologia mintală constituie un factor de prognostic prost. Acești 10% se repartizează într-o manieră aproximativ egală în părinți ce suferă de o psihoză halucinatorie incluzând și copilul (aproximativ 2%), părinți psihopați foarte impulsivi (2-3%), părinți perverși (1-2%) și părinți fanatici sau idealiști, de tipul „martori ai lui Jehova" (2-3%). Toxicomania unuia sau a ambilor părinți se întâlnește din ce în ce mai frecvent.

Cu bebeluşul, câteva situaţii episodice punctuale pot fi la originea unor maltratări: psihoza puerperală, depresia postpartum, mai ales când tânăra mamă este singură, părăsită de genitor şi de familia sa.

Majoritatea părinţilor prezintă în realitate perturbări care nu se înscriu într-o categorie nosografică precisă dar care aparţin categoriei de tulburări de personalitate dominate de carenţa narcisică şi de imaturitate.

În privinţa copilului

După o perioadă de atitudine inchizitorială faţă de părinţi, privirile s-au întors către copilul însuşi, cu atât mai mult cu cât, când există fratrii numeroase, victima poate să fie unică.

Copilul ocupă uneori un loc aparte: copil adulterin, handicapat motor sau psihomotor. Trebuie semnalată mai ales frecvenţa extremă a antecedentelor de prematuritate (26% la copiii victime ale maltratării contra 6-7% în populaţia generală) şi a antecedentelor de spitalizare (38%) sau de plasamente diverse (40%).

Când părinţii sunt întrebaţi despre caracteristicile proprii ale copilului victimă a maltratării, mai mult de o treime dintre părinţi se plâng de dificultăţi precoce cu acest copil (mai ales de somn şi de alimentaţie), dezvăluind condiţii de creştere dificile resimţite frecvent de părinţi, aşa cum am mai văzut, ca manifestări de agresivitate sau de dezaprobare a copilului la adresa lor. Ansamblul acestor elemente conduce la evocarea noţiunii de „copil ţintă", în jurul căruia se organizează cele mai patologice interacţiuni.

Abordarea psihopatologică a interacţiunii părinte–copil bătut

Existenţa unei interacţiuni agresive şi a unor abuzuri fizice exercitate de unul dintre părinţi asupra copilului său riscă să perturbe durabil organizarea personalităţii acestuia din urmă. Pe lângă sechelele leziunilor traumatice (mai ales encefalopatii deficitare în urma unor traumatisme craniene uneori repetate, a unor hematoame intra sau extracerebrale...), se observă la diferite nivele „sechele psihopatologice". Pe planul personalităţii, subiacent tulburărilor de personalitate deja descrise (fie pe versantul inhibiţiei, fie pe cel al instabilităţii–agitaţiei), este întotdeauna vorba despre copii care au dificultăţi în dezvoltarea unui sentiment de identitate stabil şi satisfăcător. Ei se-ndoiesc întotdeauna de ei înşişi, nu au nici o bună stimă proprie. Au tendinţa să devalorizeze şi să deprecieze ceea ce fac şi, în consecinţă, nu ţin să realizeze nici cea mai mică sarcină: dificultatea, începutul eşecului în realizările lor provoacă imediat abandonul şi retragerea. Neaşteptând nimic bun de la adult, ei nu caută să comunice cu el, să-şi exprime trăirea internă: capacităţile de comunicare sunt în general mediocre, aşa cum o dovedeşte frecvenţa întârzierii vorbirii.

Având nevoie să păstreze o imagine nu prea proastă a părinţilor lor, un număr mare de copii victime ale abuzurilor fizice cred că aceste abuzuri sunt pedeapsa justă pentru greşelile lor, conduitele lor mediocre, de unde rezultă o imagine şi mai devalorizată despre ei înşişi, însoţită de dezvoltarea de conduite masochiste repetate.

Ansamblul acestor elemente explică *frecventa dimensiune depresivă* unde se amestecă, în acelaşi timp, un sentiment frecvent de copleşire (nu este nimic de aşteptat de la mediul care răspunde întotdeauna prin treceri la act agresive, oricare ar fi iniţiativele copilului) şi un sentiment de culpabilitate (pentru a păstra o imagine nu prea negativă a părintelui).

La testele proiective, găsim de obicei dificultăţi la integrarea imaginilor paterne şi materne, asociate cu o anxietate intensă, de unde frecvente instabilităţi şi incertitudini în imaginea corpului şi în identitatea sexuată a copilului.

Oricare ar fi organizarea personalităţii ulterioare, par frecvente două tipuri de mecanisme de apărare: identificarea cu agresorul, erotizarea secundară a abuzurilor fizice. Un element apare frecvent pe măsură ce copilul creşte: obişnuit şi crescut într-o relaţie de violenţă, el ajunge puţin câte puţin să o considere ca şi cvasi-normală, apoi, într-un al doilea timp, ca fiind modalitatea de schimb privilegiată cu părintele său. Pe plan psihopatologic se situează mai întâi un nod privilegiat al funcţionării mintale: identificarea cu agresorul este, aşa cum a arătat A. Freud, unul dintre principalele mecanisme mintale cu ajutorul cărora copilul se apără de invaziile inevitabile ale mediului. Copilul bătut este plasat în condiţii „experimentale" de identificare cu agresorul cu atât mai mult cu cât aici agresorul este o imagine naturală de identificare: unul dintre părinţi. El poate folosi acest mod defensiv suportând pasiv relaţia cu adultul, ulterior agresând restul anturajului, mai ales pe ceilalţi copii, şi dezvoltând o instabilitate reacţională care, la rândul său, serveşte drept justificare sau drept întărire a conduitei agresive a adultului.

Cel de-al doilea palier după acest nivel de identificare cu agresorul este marcat de erotizarea secundară a relaţiei părinte–copil, centrată în jurul relaţiei agresive. Odată ce s-a ajuns aici, se instituie o relaţie înalt patologică între un adult, ale cărui descărcări agresive pot fi un obiect direct de juisare sau sursă de culpabilitate, şi un copil care-şi erotizează secundar suferinţa, şi pentru care masochismul tinde să devină o poziţie privilegiată, apoi căutată cu atât mai mult cu cât copilul poate găsi o satisfacţie inconştientă să „posede" adultul prin declanşarea trecerii la act. O situaţie relativ stabilă în care copilul induce descărcarea agresivă a adultului riscă atunci să blocheze orice posibilitate evolutivă. Un astfel de tip de interacţiune se poate instala când *copilul este încă foarte mic, de la 2 ani ½-3 ani.*

Pe termen lung, evoluţia psihopatologică a copilului care a suportat abuzuri

fizice la vârste foarte mici depinde evident de rapiditatea de intervenție a serviciilor apropriate, de calitatea și stabilitatea terapiilor implicate. Importanța inițială a abuzurilor nu pare a fi un element determinant al prognosticului, cu excepția cazului în care aceste abuzuri au provocat sechele neurologice. În schimb, este adesea dificil să separi abuzurile în sine de carența afectivă cu separări multiple, frecvent asociate. Fără a putea să aducă o evaluare în cifre, diferitele studii constată existența unor copii profund perturbați (stare psihotică, stare deficitară), destul de perturbați (tulburări ce intră în cadrul unei prepsihoze sau al unei dizarmonii evolutive) sau ușor perturbați (simptome nevrotice obsesionale sau fobice). În toate studiile, copiii care par să nu prezinte nici o sechelă la distanță, chiar îndepărtată, rămân minoritari și se găsesc întotdeauna în cazurile în care a putut fi păstrată o stabilitate a cadrului de viață (fie la părinți cu dispariția abuzurilor, fie într-o familie de primire).

Primul răspuns dat abuzurilor

Gravitatea prognosticului (risc de mortalitate și de sechele fizice sau psihice), frecvența recidivelor în absența unor măsuri apropriate, arată necesitatea de a adopta o conduită de prevenție.

Consultantul

Medicul generalist, pediatrul, rareori pedopsihiatrul, este frecvent prost plasat pentru a începe această acțiune. Totuși, legea din 15 iunie 1975 precizează că „medicii au facultatea de a aduce la cunoștința autorităților abuzurile fizice sau privațiunile suferite de copii pe care ei le cunosc" (ceea ce nu este o obligație). Această lege ridică astfel, în acest domeniu, necesitatea secretului medical. Totuși majoritatea consultanților nu-i vede pe acești copii sau nu-i vede în momentul maltratării.

Cel mai frecvent, medicul de la PMI, medicul școlar sau medicul din spital dar mai ales cei care lucrează în domeniul social (asistente sociale, educatori specializați) sunt cei care „descoperă" probabilitatea de abuz sau abuzurile propriu-zise. În mod excepțional anturajul, mediul școlar, vecinii semnalează aceste cazuri.

Serviciile de alertat

Legea din 10 iulie 1989 afirmă responsabilitatea instituției de Ajutor social pentru copii (v. 3.2.) în materie de prevenție și de protecție a minorilor victime ale unor tratamente rele sub autoritatea președintelui Consiliului general. Noul cod penal prin legea sa Nr. 92683 din 22 iulie 1992 (Jurnalul Oficial din 23.07.92), modifică și precizează condițiile de ridicare a secretului profesional și definește

circumstanțele în care poate avea loc (articolul 44): „*Când un medic discerne că o persoană la care a fost chemat este victimă a abuzurilor fizice sau a privațiunilor, el trebuie să folosească metodele cele mai adecvate pentru a o proteja, dovedind prudență și circumspecție*".

„*Dacă este vorba de un minor de cincisprezece ani sau de o persoană care nu este în măsură să se protejeze datorită vârstei sale sau a stării sale fizice sau psihice el trebuie, cu excepția unor circumstanțe aparte pe care le apreciază cu toată conștiința, să alerteze autoritățile judiciare, medicale sau administrative*".

Noul cod de deontologie medicală (decret Nr. 95-1000 din 6 septembrie 1995) reamintește importanța absolută a secretului profesional (articolul 4), dar precizează că „medicul trebuie să fie apărătorul copilului atunci când estimează că interesul lui și/sau sănătatea lui este prost înțeles sau prost păstrat de anturajul său" (articolul 43).

Pentru informații sau precizări mai ample, recomandăm lectura unor lucrări de specialitate, mai ales: Strauss P., Manciaux M.: Copilul maltratat, 1993; G. Raymond: Dreptul copilului și adolescentului, 1995 (referințele la sfârșitul capitolului).

Se poate stabili un fel de ierarhie în gravitatea semnalărilor:

– serviciile de PMI, având în frunte un medic-șef de departament, pot să asigure supravegherea medicală dacă părinții o acceptă. Un serviciu de asistente sociale sau de puericultoare care pot să se deplaseze la domiciliu, reprezintă frecvent o alternativă temporară la consultațiile medicale;

– serviciul de Ajutor Social pentru Copii în afara instituțiilor sale proprii (v. 3.) poate să ajute familia financiar când situația economică pare a fi unul dintre elementele predominante. El dispune de asemenea și de asistente sociale sau de lucrători sociali la domiciliu, putând asigura încadrarea și susținerea de dorit în familia ce consimte;

– judecătorul pentru copii (pentru mai multe detalii vezi 3.1) reprezintă recursul necesar când diagnosticul pare suficient de sigur și dacă părinții se opun măsurilor precedente. Poate fi sesizat de oricine. El dispune în același timp de o „putere morală" și de mijloace legale proprii pentru a impune supravegherea necesară. Acțiunea sa poate să se limiteze la a sugera și a face acceptată de către părinți supravegherea de către serviciile de PMI sau ale Serviciului de Ajutor pentru Copii, fără nici o altă constrângere. Dacă părinții se opun, el impune o ordonanță de protecție și de supraveghere: consultațiile devin obligatorii.

El dispune de un serviciu de ajutor educativ în mediu deschis și poate, dacă este constrâns, să impună un plasament instituțional sau familial când menținerea copilului în familie se dovedește imposibilă.

Proiectul terapeutic

După faza de evaluare în mod necesar pluridisciplinară, trebuie elaborat un proiect terapeutic având în minte o serie de imperative (D. Girodet, în: *Copilul maltratat*):

– să ia în considerare nevoile copilului şi ale părinţilor;
– să înscrie orice decizie terapeutică într-o perspectivă pe termen lung;
– să-şi asigure mijloacele de evaluare şi de urmărire.

În ceea ce priveşte pedopsihiatrul, şi într-un grad mai mic psihologul, el ajunge să întâlnească copilul victimă a maltratării şi pe părinţii săi în general în cazurile cele mai grave şi frecvent la sfârşitul parcursului. El îi vede într-adevăr fie la cererea serviciilor de PMI, fie a celor de Ajutor Social pentru Copii, fie direct ca pedopsihiatru într-o echipă AEMO, fie în sfârşit ca responsabil al unei instituţii sau al unui serviciu de plasament familial. Oricum, el intervine în cazurile cele mai dificile, cele în care sfaturile educative, ajutorul binevoitor al serviciilor sociale a eşuat sau a fost refuzat.

Trebuie mai întâi rezolvate o serie de de neînţelegeri: părinţii care-şi bat copiii nu o fac întotdeauna într-un climat de răutate conştientă şi manifestă. În general, ei sunt debordaţi de propria lor reacţie agresivă şi pot să simtă faţă de copilul lor un ataşament profund. Alţii se simt deposedaţi de funcţiile lor de părinţi de către aceste intervenţii multiple, violenţa făcând parte, după ei, din aceste funcţii (fie prin identificare cu proprii lor părinţi, fie datorită unui context cultural diferit de cel occidental: ei nu înţeleg sensul acestor intervenţii). Pe de altă parte, copilul este frecvent profund ataşat de părinţii săi, în ciuda celor suferite.

Aceste remarci sunt cu atât mai importante cu cât copilul este mare. Evident, la nou-născut patologia parentală este pe primul loc, dar la copilul de 3-4 ani se poate instala foarte repede o interacţiune patologică în care identificarea cu agresorul şi erotizarea masochistă secundară a copilului vor constitui incitări la patologia parentală având drept rezultat stabilirea unui ciclu vicios dificil de întrerupt, conducând la riscul de recidivă.

Psihoterapia copilului şi a părinţilor este recomandată dar aceasta, mai ales pentru copil, nu trebuie să devină sistematică şi trebuie să se asigure de existenţa unor condiţii de mediu stabile şi favorabile înainte de a fi întreprinsă. De asemenea, doar terapiile familiale larg recomandate nu pot să garanteze securitatea copilului şi trebuie să se înscrie într-o colaborare pluridisciplinară.

Separarea părinte–copil

Tendinţa actuală este spre menţinerea copilului în familia sa. Totuşi, este important de precizat că, dacă această tendinţă este de lăudat în sine, ea nu trebuie să devină un act de credinţă utopică sau să conducă la orbire serviciile care intervin.

În perioadă de „criză", ameninţarea de repetiţie a abuzurilor fizice trebuie să ne facă să propunem separarea, plasând copilul fie în instituţie, fie mai ales într-o familie. Dar riscul unui asemenea răspuns în momentul de criză este de a multiplica aceste plasamente tranzitorii.

Separarea prelungită cu menţinerea copilului în plasament terapeutic (v. cap. 29, 6.2.) poate fi necesară în caz de patologie parentală patentă, dacă copilul „ţintă" pare deosebit de vulnerabil sau „decepţionant" în ochii părinţilor şi dacă măsurile de ajutor propuse nu au avut un efect rapid. Stabilitatea şi durata soluţiei terapeutice alese reprezintă cele mai bune criterii de evoluţie favorabilă sau cel puţin de evoluţie nu prea defavorabilă, aşa cum arată clar toate studiile catamnestice pe termen lung.

1.2. — SINDROMUL MÜNCHHAUSEN PRIN PROCURĂ

Formă specifică de „maltratare", se desemnează, de la A. Meadow care în 1982 a făcut prima descriere şi sub numele acestui baron german celebru pentru mitomania lui, o patologie de alură somatică la copil care, în realitate, este creată sau afirmată de mamă. Într-adevăr, fie mama provoacă la copilul său simptome (formă activă) pe care îi cere apoi medicului să le trateze, fie ea afirmă simptome ale copilului (formă pasivă) pentru care cere examene, spitalizări într-o manieră iterativă.

Patologiile provocate sunt variabile: anemie prin sângerare, leziuni cutanate, infecţii, chiar septicemie. Simptomele afirmate sunt în general stări de rău, crize de epilepsie, pierderi de conştienţă.

„Boala" poate să evolueze timp de luni şi semestre înainte ca originea sa provocată sau afirmată să fie identificată. Riscul este de a intra într-o serie de spitalizări inutile, o escaladă de explorări, sursă de suferinţă pentru copil, iar unele sunt chiar periculoase.

Mamele, care foarte frecvent evoluează în mediul medical sau paramedical (infirmieră, auxiliară, asistentă, mai rar medic; dar încep să fie raportate cazuri de mame fără legătură cu mediul familial: Lemele G., 1993), fac dovada în general a unui mare zel pentru a-şi îngriji copilul, sunt foarte prezente, participă voluntar la spitalizare (spitalizarea mamă–copil: suspiciunea unui asemenea sindrom reprezintă o contraindicaţie). Taţii sunt descrişi frecvent ca îndepărtaţi, slabi, inaccesibili.

Copiii nu au uneori trăsături psihopatologice clare, dar frecvent se arată a fi imaturi, dependenţi, cu elemente de personalitate limită sau narcisică.

Identificarea acestei forme de maltratare este bineînţeles dificilă dar importantă pentru a termina această escaladă iatrogenă şi a concepe măsuri de protecţie a copilului.

1.3. — ABUZURILE SEXUALE

Expresia „abuzuri sexuale“, consacrată prin însuşi uzul ei, chiar dacă ea nu este decât o traducere literală din engleză, caracterizează exploatarea sexuală de către un individ mai în vârstă a unui copil care, din cauza vârstei sale, este incapabil să înţeleagă natura contactului şi să-i opună o rezistenţă adecvată. Această exploatare sexuală poate fi fapta unei persoane apropiate de care copilul este dependent psihologic. Abuzul sexual poate lua diferite aspecte:

- evocare sexuală (telefoane, exhibiţionism, imagini pornografice, limbaj de o cruditate sexuală extremă cu copilul...);
- stimulare sexuală (contact erotic sau pornografic, masturbare, contacte genitale incomplete, participare forţată la sexualitatea unui cuplu...);
- act sexual (tentativă de viol sau viol cu penetrare vaginală, anală, orală).

Agresorul este foarte frecvent un membru al familiei sau un apropiat (cf. infra: aspect epidemiologic). Este vorba atunci despre relaţii incestuoase, dar mai frecvent de „ambianţă“ sau de „climat incestuos“ (evocări sau stimulări sexuale). Relaţiile incestuoase sunt frecvent asociate cu atitudini violente şi unele victime sunt de asemenea şi copii bătuţi. Totuşi acestea nu se întâmplă întotdeauna.

Mult timp, abuzurile sexuale au fost trecute sub tăcere, ignorate voluntar sau prin refuzul realităţii, singurul „tratament“, când, exista unul, fiind de ordin judiciar. Această problemă începe să facă obiectul studiului medical care arată marea suferinţă a victimelor, sechelele psihologice frecvente şi necesitatea unui răspuns terapeutic apropriat.

Vom trata doar abuzul sexual asupra copilului prepuber. Abuzul sexual la adolescenţă este abordat în *Adolescenţă şi psihopatologie*, capitolul 19.

Date epidemiologice

După unele anchete anglo-saxone, o fată din patru şi un băiat din opt ar fi fost odată victime ale abuzului sexual, în sens larg. În Franţa, există puţine studii epidemiologice pe eşantioane nealterate. Cifrele condamnărilor pentru atentate la moravuri asupra minorilor, publicate de ministerul de Justiţie (1636 condamnări în 1986) nu reprezintă probabil decât o mică parte din totalitatea problemei. Ar exista între 40 000 şi 50 000 de cazuri de abuzuri sexuale pe an în Franţa (M. Gabel).

Totuşi, dincolo de diversitatea studiilor şi a populaţiilor luate în considerare, se degajă puncte de convergenţă.

Să reamintim că în ancheta INSERM-ului (1993) 5,6% de adolescente declară a fi fost victime ale abuzului sexual cu sau fără violenţă (aproximativ o fată din două este victimă a abuzului sexual fără violenţă fizică asociată) şi 2,1% de adolescenţi băieţi (când există abuz sexual, băiatul este cel mai frecvent victimă a abuzului sexual şi a violenţei fizice).

Sexul victimelor. — Aproximativ 80% din cazuri sunt fete, ceea ce semnifică că 20% din cazuri sunt băieţi, cazuri care sunt probabil subestimate (cf. anchetă INSERM).

Statutul agresorilor. — Majoritatea agresiunilor sexuale sunt comise de un membru al familiei sau un apropiat cunoscut de victimă. Doar 15% din abuzurile sexuale sunt comise de către străini necunoscuţi. Fetele sunt şi mai frecvent decât băieţii victime ale unui membru al familiei lor. În 99% din cazuri agresorul este un bărbat.

Relaţiile incestuoase. — În 30 până la 40% din cazuri este vorba despre relaţii incestuoase tată genitor/fiică şi în 30 până la 40% din cazuri (în funcţie de studii) despre relaţii incestuoase tată vitreg/fiică. Sunt menţionate foarte puţine inceste mamă/fiu. Relaţiile incestuoase pot implica şi: bunic, unchi, frate mai mare...

Vârsta victimelor. — Situaţiile incestuoase încep devreme, frecvent înainte de 10 ani. Majoritatea cazurilor se situează între 6 şi 12 ani.

Incestul: caracteristici familiale

Toţi autorii sunt de acord să recunoască o serie de de trăsături care se regăsesc regulat în familiile „incestuoase“ (M. Rouyer, 1993 în: *Copilul maltratat*):

- aceleaşi drame se reproduc frecvent pe mai multe generaţii;
- există o disfuncţie familială importantă;
- copilul nu este recunoscut ca subiect.

La vârsta de 8-10 ani, copiii devin cel mai frecvent victimele incestului chiar dacă se întâmplă ca aceasta să înceapă mai devreme prin atingeri, exhibiţionism, etc. Incestul începe frecvent într-un climat de seducţie la care se adaugă rapid constrângerea, iar apoi şi ameninţarea.

Unele situaţii ale copilului pot şi ele să favorizeze actul incestuos: îngrijirile corporale necesare într-o boală cronică, cum o dovedesc numeroase publicaţii în

Statele Unite (Chamberlain A. şi col., 1984; Suris J. C. şi colab., în curs de apariţie).

Tatăl: dacă personalitatea tatălui lasă uneori să transpară trăsături psihopatologice clare (perversitate, psihopatie, deficienţă mintală, alcoolism), cel mai frecvent aceste trăsături nu sunt evidente. Numeroase expertize raportează o mare imaturitate afectivă, regăsesc un trecut de carenţe şi de separări; interdicţiile sunt prost interiorizate. Relaţia afectivă este trăită într-o modalitate de mare dependenţă; culpabilitatea în raport cu actul incestuos este rar resimţită, tatăl mergând până la afirma dreptul său de posesie, chiar datoria de iniţiator. C. Balier, alăturându-se indirect descrierilor comportamentale ale autorilor americani, descrie două tipuri de taţi incestuoşi:

– cel care-şi trăieşte propria perversiune într-un mod depresiv: copil printre copii, îi este milă de el însuşi, îşi plânge soarta în închisoare, face din fata sa mama pe care ar fi vrut să o aibă (tipul „pasiv-dependent" al autorilor americani);

– cel care, fără trăsături perverse, justifică o atitudine de posesie sexuală a copiilor săi prin argumentări teoretice; el are frecvent un comportament dictatorial (tipul „activ-dependent").

Mama. — Se regăseşte frecvent în trecutul său existenţa abuzurilor sexuale sau a violenţei. Trăsăturile depresive sunt frecvente. Atitudinile paradoxale nu sunt rare: ele delegă tatălui îngrijirea copilului, îşi lasă fata să împartă patul cu tatăl, în timp ce ele însele, sub diverse pretexte, fac cameră separată... Dacă complicitatea activă a mamei este rară, în schimb nu e excepţional ca această mamă să cunoască situaţia de abuz sexual sau cel puţin „nu vrea să ştie nimic" şi se acomodează pasiv (şi pervers?) cu situaţia.

Cuplul şi familia. — Izolarea, raritatea relaţiilor sociale caracterizează numeroase familii. În plus, absenţa mamei din cauza muncii de noapte, a bolii, a divorţului poate să favorizeze trecerea la act a unor tendinţe incestuoase până atunci latente. Există o neînţelegere frecventă între cei doi părinţi, cu dificultăţi în sexualitatea cuplului. Furniss (1990) distinge cazurile în care abuzul sexual pare să aibă drept funcţie să evite conflicte sexuale în cuplul parental şi cele în care acest abuz sexual limitează conflictul conjugal şi evită dezmembrarea familiei. Pentru alţi autori, relaţia de cuplu se fondează frecvent pe o dependenţă reciprocă, în stilul „soţ violent-soţie supusă" (A. Crivillé şi col., 1994), cuplu în care complicitatea, savurarea atotputerniciei controlului absolut par să constituie legăturile principale. Sexualitatea cuplului este frecvent săracă, chiar inexistentă (în afara cazurilor de cupluri perverse care-l fac pe copil să participe la sexualitatea lor uneori cu parteneri multipli). Pe plan transgeneraţional, confuziile sunt frecvente, cu limite şterse de la o generaţie la alta.

Manifestări clinice secundare abuzului sexual la copil

Leziunile fizice pot fi observate mai ales în primele 24-48 de ore care urmează abuzului sexual: contuzii, echimoze, inflamaţii, sângerări, până la leziuni genitale grave, infecţii genito-urinare şi boli transmisibile sexual. Dacă examenul fizic este necesar (constatare medico-legală şi îngrijiri), el trebuie efectuat într-un context psihologic adecvat, cu o pregătire a copilului. În nici un caz el nu trebuie să reprezinte o intruziune suplimentară, un fel de „viol medical", agravând traumatismul deja suferit. Pe plan medico-legal, este important de efectuat prelevările care ar putea servi la identificarea agresorului (sânge, spermă).

Simptomele psihologice sunt frecvente, revelatoare pentru traumatismul psihic suferit. Ele sunt diferite dacă traumatismul suferit este unic sau, dimpotrivă, repetat. Poate să fie vorba de manifestări directe de suferinţă:

– plângeri somatice diverse, oboseală;

– tulburare alimentară cu apariţie bruscă: anorexie, vărsături, refuz de alimentare;

– tulburări de somn foarte frecvente: anxietatea de culcare, reapariţia de ritualuri la culcare, coşmaruri, treziri nocturne repetate, chiar terori nocturne;

– tulburări afective: apatie, stare de alură confuză, dezinteres pentru joc, faţă tristă, criză de lacrimi putând ajunge până la o adevărată stare depresivă;

– tulburări de adaptare: dificultăţi şcolare bruşte, izolare, fugă, refuz de a sta acasă sau în alt loc cu un adult. Invers, investire şcolară intensă, şcoala fiind trăită ca un mijloc de a scăpa de situaţia familială traumatică.

Alte conduite pot fi considerate ca martori indirecţi ale experienţei sexuale traumatice trăite de copil (mai ales când ea se repetă):

– masturbare prelungită şi intempestivă (copil mic);

– conduită sexuală inadecvată cu o curiozitate exprimată crud, un limbaj care utilizează cuvinte sexuale de adult;

– joc de alură sexuală cu păpuşi sau cu copii de aceeaşi vârstă.

Toate aceste conduite nu dovedesc neapărat abuzul sexual, dar prezenţa lor, apariţia lor bruscă fără ca un alt eveniment să le explice, o situaţie familială evocatoare trebuie să orienteze clinicianul către această posibilitate.

Pe plan structural, nu se poate descrie o organizare psihopatologică specifică. S-a semnalat deja frecvenţa trăsăturilor depresive unde predomină sentimentul de culpabilitate, ruşinea, devalorizarea de sine. Perturbările în organizarea narcisismului sunt obişnuite, marcate de un sentiment de umilire întotdeauna viu, de subestimare majoră explicând parţial conduitele patologice ulterioare la adolescenţă şi la vârsta adultă. Pentru unii autori, conduitele patologice la vârsta adultă, mai ales conduitele sexuale perverse, ar fi o tentativă de a se elibera de un sentiment de umilire suferit în copilărie (Stoller).

Manifestările clinice la distanţă

Contrar cu ceea ce s-a spus şi chiar s-a scris frecvent, toate studiile catamnestice sau epidemiologice arată frecvenţa dificultăţilor psihologice şi/sau a tulburărilor de comportament la adolescenţii şi adulţii care au fost victime ale relaţiilor incestuoase. Astfel se constată:

La adolescenţă. — Tentative de suicid (Courtecuisse, Alvin), conduite sexuale deviante de tip prostituţie sau homosexualitate la fete ca şi la băieţi, sarcini deosebit de frecvente.

La vârsta adultă. — Perturbări mai mult sau mai puţin profunde în viaţa afectivă (incapacitate în a stabili legături durabile, o relaţie de încredere reciprocă...), sexuală (frigiditate, dispareunie...), socială sau profesională, dificultăţi în capacitatea de a-şi asuma o funcţie parentală, reproducerea frecventă cu copiii lor a condiţiilor negative suferite în propria copilărie a acestor părinţi.

Luarea în grijă a adolescenţilor şi a adulţilor victime de abuz sexual în copilăria lor ne-a învăţat că aceştia se simt întotdeauna vinovaţi nu atât de ceea ce au suportat, ci de sentimentul frecvent de a fi avut o parte de activitate în aceste fapte. Adolescentele, femeile adulte extrag de obicei de aici o identificare feminină foarte devalorizată mai ales pe plan sexual (sentimentul de a fi o „vicioasă", o „târfă" etc.). Acest sentiment apare în general direct din curiozitatea sexuală a copilului. Să reamintim că curiozitatea sexuală infantilă este un lucru natural şi necesar, care-l împinge pe copil pe drumurile sublimării. Avansurile sexuale ale unui adult, cu atât mai mult ale unui apropiat, excită curiozitatea copilului care uneori se întreabă „până unde o să meargă". Această curiozitate, această nevoie de a şti, care la copil este normală, va fi remaniată şi reelaborată retroactiv, într-un sentiment intens de culpabilitate şi de responsabilitate. Unele adolescente au putut astfel să spună „este vina mea, nu am ştiut să spun nu" în legătură cu abuzul sexual suferit către 8-10 ani. În sfârşit, să adăugăm că această culpabilitate îşi are locul precis la emergenţa curiozităţii şi riscă să împiedice ulterior orice dorinţă epistemofilică. Evident că la adolescenţă emergenţa pulsiunilor sexuale este trăită cu angoasă şi culpabilitate (v. Abuz sexual la adolescenţă, în: *Adolescenţă şi psihopatologie*).

Aceste manifestări tind să arate impactul durabil al abuzurilor sexuale asupra echilibrului psihoafectiv, oricare ar fi de altfel structura mintală a individului implicat. Ele justifică astfel necesitatea ca această gravă problemă să fie identificată, recunoscută şi, dacă e posibil, să facă obiectul unei abordări terapeutice adaptate de fiecare dată când un copil poate să-i dezvăluie existenţa.

Dezvăluirea şi propunerile terapeutice

Dezvăluirea de către copil este un moment deosebit de delicat deoarece provoacă la adult o încărcare emoţională intensă. Când un copil vorbeşte despre abuzuri sexuale din partea unui adult, el spune adevărul în imensa majoritate a cazurilor. Este necesar să credem copilul, să-l ascultăm, să-i luăm spusele în serios, altfel copilul riscă să tacă timp îndelungat dacă adultul căruia i-a făcut confidenţe începe prin a se îndoi de spusele sale. Este necesar:

- să recunoaştem gravitatea lucrurilor spuse şi/sau descoperite;
- să le precizăm caracterul în mod normal interzis şi deci greşeala comisă de adult;
- să informăm copilul asupra necesităţii de a aduce aceste fapte la cunoştinţa celor care trebuie să intervină pentru a-l proteja, chiar dacă este posibil şi frecvent necesar să-şi acorde apoi timpul pentru reflecţie şi sfătuire (mai ales dacă agresorul este un membru al familiei).

Copilul trebuie să ştie că adultul nu va rămâne inert în faţa acestor dezvăluiri. Fără a banaliza, nici a nega faptele, dar nici a dramatiza şi a acţiona intempestiv (retragere şi plasament nepregătit, arestare imediată a „agresorului"), o colaborare cu serviciile implicate (servicii medico-psihologice, sociale, judiciar, de poliţie) trebuie să permită găsirea unui răspuns destul de rapid, dar coerent şi conceput pe termen lung.

Absenţa reacţiei adulţilor ca şi reacţiile prea impulsive şi prost pregătite pot explica **conduita de retragere** a copilului care se produce în principal din trei motive (T. Furniss):

- de frica ameninţărilor paterne;
- de frica consecinţelor posibile ale dezvăluirilor sale pentru copilul însuşi şi familia sa;
- din cauza ostilităţii membrilor familiei care îi atribuie în mod deschis responsabilitatea abuzului şi consecinţele dezvăluirii sale. Această atitudine de retragere, non-excepţională, face încă şi mai necesară o abordare familială coerentă, armonioasă şi pluridisciplinară.

În ceea ce priveşte credibilitatea afirmaţiilor copilului, pentru J.Y. Hayez (1994), un minor care vorbeşte spontan spune în general adevărul chiar dacă „este rar să existe o certitudine obiectivă care să susţină spusele sale". În schimb, când unul dintre părinţi dezvăluie abuzul conform cu spusele sale proprii (părinte care se cantonează la enunţul de generalităţi, excitându-se în timp ce povesteşte, cu o supralicitare a lucrurilor interzise denunţate la celălalt etc.) sau într-un context de conflict de cuplu major (neînţelegere, separare) sau în cadrul unui tablou delirant, trebuie să fim prudenţi. Examinarea clinică a copilului, fizică dar şi psihologică, precaută şi atentă, pot orienta: discurs al copilului foarte

general, chiar confuz, fără precizie în ceea ce priveşte locul, circumstanţele, spuse identice cu ale adultului acuzator, cu o acumulare de detalii spuse prea repede. Obţinerea încrederii copilului, discuţiile în afara prezenţei adultului, calmarea angoasei frecvent prezente permit în general obţinerea unui discurs mai nuanţat.

După denunţul îndreptăţit al situaţiilor de abuz sexual, încep să apară din păcate câteva cazuri în care acest tip de falsă declaraţie este utilizată de către un adult împotriva celuilalt, într-un climat de violenţă nesănătoasă.

Dezvăluirea către familie. — Situaţia este foarte diferită, după cum agresorul este un străin sau un membru al familiei. În primul caz, rolul fiecăruia dintre cei ce intervin în această situaţie este clar. Dificultăţile privitoare la situaţiile incestuoase vor fi abordate în cele ce urmează.

Dezvăluirea către familie pare necesară chiar dacă ea va provoca manifestări defensive, chiar atitudini agresive sau culpabilizante faţă de copil. Totuşi o muncă interdisciplinară de pregătire trebuie efectuată pentru ca măsurile sociale, eventual necesare după această revelare către familie, să nu fie luate în urgenţă şi într-un climat de catastrofă.

Nu trebuie să trecem cu vederea nici criza importantă pe care acest tip de dezvăluire îl provoacă la profesioniştii implicaţi. De aceea, este frecvent indispensabil un travaliu de elaborare în comun chiar dacă acesta întârzie cu câteva zile deciziile de luat.

Acţiunile terapeutice sunt multiple, fac să intervină numeroşi profesionişti din medii diferite (sociale, medicale, educativ, judiciar). După sinteză şi punere de acord, revelarea către familie provoacă unele reamenajări. Plasamentul copilului nu mai este inevitabil. Sunt frecvent utile măsurile de însoţire (AEMO). Este de dorit o însoţire printr-o susţinere psihoterapeutică a copilului, bineînţeles cu condiţia ca situaţia de abuz sexual să fi încetat. Unii autori preconizează o abordare familială ceea ce presupune o recunoaştere a problemei de către familie şi o participare a agresorului la acest demers.

Acţiunile judiciare de întreprins sunt frecvent obiectul unor vii controverse între profesioniştii care intervin. Trebuie să deosebim măsurile vizând protejarea minorului şi măsurile la adresa adultului incriminat.

Dacă apelul la lege este treaba tuturor, aplicarea legii este doar de competenţa magistraţilor. Este deci necesar să evităm confuziile de rol. Pentru numeroşi autori, intervenţia judiciară, mai ales măsurile de protecţie a minorului (semnalarea cazului judecătorului pentru copii) trebuie să meargă împreună cu măsurile terapeutice, după Furniss, pentru a fi încoronate de succes, programele terapeutice trebuie să fie susţinute prin proceduri legale.

Articolul 62, alineatul 2 din codul penal afirmă obligaţia de a mărturisi: „va fi pedepsit... acela care, cunoscând abuzuri sau privaţiuni aplicate unui minor de cincisprezece ani, nu va fi prevenit autorităţile administrative sau judiciare". Secretul profesional rămâne o protecţie (atât pentru cadrul care intervine cât şi pentru părinţi) dar nu trebuie să fie un paravan care să scuze o eschivare.

1.4. — PROSTITUŢIA MINORILOR

Vezi: *Adolescenţă şi psihopathologie*, cap. 19.

2. — ABANDONUL - ADOPŢIA

Adopţia şi corolarul său, abandonul, sau mai degrabă „consimţământul la adopţie", sunt reglementate în Franţa prin legile din 11 iulie 1966 şi din 22 decembrie 1976. O nouă legislaţie este actualmente în curs de elaborare (ianuarie 1996).

În prezent, pe teritoriul francez sunt mai multe cupluri candidate la adopţie decât copii de adoptat. Aceasta explică recursul la adopţia de copii străini fie prin intermediul unor instituţii de adopţie fie pe cale directă.

Dacă în 1930 numărul de copii nou plasaţi în vederea adopţiei era de aproximativ 10000, el nu mai era decât de 4910 în 1975, 2134 în 1991 şi 1327 în 1993. Trebuie să precizăm şi că nu toţi aceşti copii sunt adoptaţi sau adoptabili. Numărul cuplurilor care cer să adopte este mult mai crescut, chiar dacă acest număr a încetat să crească o dată cu multiplicarea tehnicilor medicale de fecundare (v. cap. 25, 3). Oricum, numeroase cupluri recurg la adopţia internaţională. Aceste cupluri trebuie să urmeze procedura de adopţie ca şi celelalte (v. mai jos) apoi, odată aprobarea primită, să depună acest dosar la misiunea de adopţie internaţională care este singura abilitată să elibereze o viză de intrare pentru copil. Cuplurile care adoptă pot apoi să aleagă fie să treacă printr-o instituţie de adopţie, fie să se ducă direct într-o ţară străină („cale directă"). Există în fiecare an aproximativ 2600-3000 de copii de origine străină (în ordine descrescândă: America, Asia, Africa, Europa) adoptaţi, cifră net superioară faţă de numărul de pupili ai statului adoptaţi (aproximativ 1300).

2.1. — ABANDONUL ŞI „CONSIMŢĂMÂNTUL LA ADOPŢIE"

Legea din 1904 a instaurat abandonul legal (naştere sub X, cu înscrierea copilului sub trei prenume), dispoziţie păstrată de legislaţia mai recentă.

Totuşi numărul de copii abandonaţi la naştere scade regulat. Mai multe motive contribuie la această scădere: liberalizarea avortului, un ajutor material mai mare pentru mamele celibatare, o presiune morală mai mică asupra acestora din urmă. Dar mai ales, abandonul precoce întâlneşte un oprobriu puternic pe care mamele tinere îl pot rareori înfrunta în perioada de past-partum: ele refuză să abandoneze nou-născutul dar se vor dovedi apoi incapabile să crească sugarul. Se ajunge astfel la o situaţie de abandon progresiv sau de delăsare (Cl. Launay) la copiii de la 2 la 4 ani care suferă atunci de separări multiple, de carenţă afectivă, de schimbări iterative ale locurilor de îngrijire, de plasamente temporare succesive la Ajutorul social pentru copii. Erau numeroşi copiii în această stare de „delăsare" pentru care adopţia nu era posibilă.

Articolul 350 din legea din 1966, modificată în 1976, permite oficializarea acestei situaţii de abandon de fapt şi face posibilă o adopţie, precizând trei puncte:

– dă o definiţie mai precisă noţiunii de dezinteres manifest. Dezinteresul manifest este absenţa relaţiilor necesare menţinerii legăturilor afective între copil şi părinţii săi biologici;

– stabileşte circumstanţele care trebuie să rămână în principiu fără influenţă asupra deciziei judecătorului: orice veleitate din partea părinţilor de a revedea sau de a lua din nou copilul, *fără ca aceste cereri să fie urmate de efecte*, nu poate să întrerupă procedura de abandon şi de adopţie;

– în sfârşit, perioada de referinţă luată în considerare pentru a aprecia dezinteresul este anul care precede cererea de declarare a abandonului. Notificarea cererii şi măsurile de instrucţie provocă frecvent la părinţii biologici o renaştere a interesului, fugitivă şi artificială. Aceasta nu trebuie să prevaleze, în acest caz, asupra dezinteresului manifest dovedit timp de un an.

Consimţământul la adopţie este cererea voluntară a părintelui sau a părinţilor dornici să abandoneze un copil recunoscut (deci diferit de naşterea sub X). Acest consimţământ poate să fie retractat în timpul următoarelor trei luni după depunerea cererii: părinţii pot atunci să ia înapoi copilul pe baza unei simple cereri verbale. După acest răgaz, restituirea copilului rămâne posibilă, exceptând cazul în care copilul a fost plasat în vederea adopţiei. În acest ultim caz, pentru a lua înapoi copilul, părinţii trebuie să sesizeze judecătorul care ordonă restituirea dacă aceasta e conformă cu interesul copilului. În funcţie de aceste diverse proceduri, care sunt copiii care pot fi adoptaţi?

– copiii născuţi sub X (art. 341-1 din codul civil, Legea din 8 ianuarie 1993);
– abandonurile prin consimţământul la adopţie;
– pupilele statului;
– abandonurile judiciare (articolul 350);
– orfanii de tată şi mamă.

2.2. — ADOPŢIA

Mult timp limitată la adopţia adulţilor (codul Napoleon) dintr-o grijă politică (succesiune) sau economică (moştenire), adopţia a fost extinsă la copii după primul război mondial din cauza numărului mare de orfani. Există două modalităţi de adopţie:

– adopţia plenară: toate legăturile cu familia de sânge sunt rupte. Această adopţie este definitivă şi irevocabilă, făcând din copil un descendent legitim al familiei al cărei nume este luat de copil;

– adopţia simplă nu rupe toate legăturile cu familia de origine. Este un contract de la familie la familie care poate fi revocabil. Familia care adoptă dispune de autoritatea parentală, adoptatul poartă numele ambelor familii, cu excepţia situaţiei în care există o decizie a tribunalului. În realitate, este vorba frecvent de plasamentul în sânul aceleiaşi familii (plasament la un unchi sau la un văr) sau despre vechi plasamente de îngrijire care sunt astfel oficializate.

Definiţia adoptanţilor

O dată cu legea din 1976, condiţiile pentru a putea adopta un copil sunt următoarele:

– cuplurile căsătorite de cinci ani (fără limită de vârstă pentru părinţi) chiar dacă cuplul are descendenţi legitimi;

– persoanele singure în vârstă de peste treizeci de ani;

– în caz de deces al unui părinte care adoptă, poate fi pronunţată o nouă adopţie în favoarea noului soţ. Totuşi nu există o ruptură de familia părintelui decedat.

Procedura

Adoptantul adresează o cerere prefectului. Dosarul cuprinde, pe lângă piesele administrative, un certificat semnat de un psihiatru ales dintr-o listă propusă părinţilor. Acest psihiatru trebuie să constate „absenţa inconvenientelor de ordin psihologic".

Dosarul este transmis Consiliului familiilor (şapte membri: doi consilieri

generali, cinci persoane numite de prefect în virtutea competenţei lor în domeniul adopţiei), care acceptă sau refuză cererea părinţilor.

În caz de acord, prima etapă este plasamentul în vederea adopţiei timp de 6 luni, în cursul căruia un serviciu social urmăreşte familia. Cea de-a doua etapă este cererea în scopul adopţiei, prezentată de adoptant la Tribunalul de Mare Instanţă. Această cerere încheie procedura.

2.3. — ASPECTE PSIHOLOGICE ALE ADOPŢIEI

Selecţia cuplurilor este indispensabilă. Într-adevăr, unele cereri se înscriu fie într-un context prea patologic, fie sunt făcute într-un moment de reacţie uneori temporară. Aceste cereri ale căror motivaţie nu pare fondată pe baze suficient de solide pot fi uşor recunoscute în unele cazuri: părinţi foarte vârstnici sau grav bolnavi, conflict conjugal major, anxietate vie, trăsătură patologică patentă, cerere impulsivă după doliul unui soţ sau a unui copil. Alteori calitatea cererii este mai delicat de evaluat; cererea poate să fie complet idealizată şi să nu fie însoţită de nici o relaţie concretă cu copiii: este astfel interesant să ştim dacă acestui cuplu îi place să se ocupe de copii şi dacă îi consacră în mod obişnuit o parte a timpului său.

Dar, în afara condiţiilor evidente defavorabile, este frecvent dificil să prezicem calitatea relaţiei care s-ar putea instaura între copilul adoptat şi cuplul adoptant. Într-o manieră generală, vârsta copilului este un factor important: ansamblul autorilor consideră că 3 până la 6 luni e o vârstă ideală. După 7 sau 8 ani, adopţia este frecvent foarte dificilă, mai ales când copilul a cunoscut carenţe anterioare multiple.

Dezvăluirea. — A fost obiectul a numeroase controverse. Trebuie să distingem aici anxietatea părinţilor adoptanţi în faţa acestei probleme şi anxietatea reală sau presupusă a copilului.

Când părinţii îşi trăiesc inconştient sterilitatea de cuplu ca pe o impotenţă sexuală, problema dezvăluirii este atunci trăită ca o ameninţare la adresa calităţii lor de părinţi adoptanţi. Poate fi necesară atunci o susţinere psihologică; consultaţiile care preced adopţia pot de altfel să încerce să abordeze şi să clarifice acest punct în dinamica cuplului steril precum şi cererea de adopţie. În realitate, când copilul a fost iubit şi crescut în sânul unui cuplu unit, când s-a răspuns puţin câte puţin întrebărilor sale despre sexualitate, procreare, sarcină, anunţarea adopţiei poate desigur să-l facă pe copil temporar mai curios, dar nu modifică cu nimic legătura afectivă care-l uneşte cu părinţii săi adoptivi. Astfel informat, „dezvăluirea“ nu mai are această semnificaţie şi nu mai introduce ruptura profundă

pe care o dezvăluire prea tardivă o poate provoca: este cazul în care dezvăluirea se produce în momentul precis în care apar dificultăţile psihologice sau la adolescenţă.

Copilul adoptat îşi construieşte uneori un „**roman familial**“ a cărui intensitate este întărită de realitate. Freud a numit astfel construcţia imaginară a copiilor „decepţionaţi“ de părinţii lor, când aceştia nu corespund aşteptării lor reale sau fantasmatice. În momentul complexului oedipian, unii copii îşi inventează astfel o familie bogată şi puternică ce are dublul avantaj de a satisface ambivalenţa sentimentului lor şi de a atenua culpabilitatea faţă de părinţii lor adevăraţi. Este evident că copilul adoptat, mai ales când apare un conflict cu părinţii lui adoptivi, sau când e în situaţie de rejecţie, va fi cu atât mai dispus să construiască acest „roman familial“. Capacitatea părinţilor de a tolera acest roman, de a nu se simţi nici devalorizaţi, nici în rivalitate cu aceşti părinţi imaginari, dar a căror realitate poate să devină aici invazivă, menţine „romanul familial“ în limitele normale. În schimb, teama părinţilor adoptivi poate fixa copilul în reveriile sale imaginare. Rareori acestea ajung la o căutare activă a părinţilor genitori, cu excepţia adolescenţei unde urmele „romanului familial“ pot să persiste sub forma căutării unui părinte idealizat şi puternic din punct de vedere social.

Psihopatologia copilului adoptat nu prezintă nimic specific. În consultaţiile de specialitate se găseşte un procent de copii adoptaţi (2,9%) uşor superior procentului din populaţia generală (1,3%). Totuşi trebuie să ţinem cont, pe de o parte, de vigilenţa frecvent mai mare la părinţii adoptivi care cunosc bine serviciile sociale şi de psihiatrie şi recurg la ele probabil mai uşor, pe de altă parte, de plasamentele tardive (7-8 ani) ale copiilor prezentând deja „profiluri la risc“.

Cazuri speciale. — Necesitatea unei integrităţi fizice şi mintale a copiilor abandonaţi a fost mult timp pretextul amânării adopţiei: instituţiile cereau mai multe luni, chiar un an, pentru a judeca calitatea dezvoltării şi absenţa encefalopatiei tardive. În realitate, nu există motiv pentru ca, la copiii abandonaţi, riscul de morbiditate să fie, *la naştere*, superior riscului din populaţia generală. În schimb, menţinerea nejustificată în instituţie până la 9-10 luni şi chiar 18 luni poate chiar ea să provoace o stare de carenţă, cu toate consecinţele pe care le cunoaştem (v. cap. 22, 1). Aceste termene au fost considerabil scurtate de noua legislaţie, reduse la 3 luni, termen clar suficient pentru a depista patologia cea mai grea.

Dacă în zilele noastre un număr important de cupluri continuă să dorească un „un frumos copil blond şi foarte inteligent“, se profilează o toleranţă mult mai mare în favoarea diferenţei. Unele cupluri cer acum să adopte copii străini. Unele instituţii sunt de altfel specializate în ceea ce constituie aproape un trafic

pentru că în acelaşi timp în care adoptanţii caută să aducă copii de foarte departe, ei îi refuză uneori pe cei care le sunt propuşi pe loc.

Cererea de adopţie a copiilor handicapaţi fizic, dar mai ales mintal, a fost mult timp considerată „nevrotică" (dorinţă de reparaţie, sentiment mai mult sau mai puţin conştient de culpabilitate), deci puţin rezolvabilă. Şi acolo se profilează o mişcare, unele adopţii de copii dificili s-au dovedit succese.

3. — PROTECŢIA COPILULUI ŞI STRUCTURILE MEDICO-SOCIALE

Noul cod penal a reorganizat recent, în Franţa, condiţiile unei intervenţii judiciare şi/sau administrative în domeniul „copilului în pericol". În acest scurt paragraf vom da câteva indicaţii, rugând cititorul să consulte lucrările specializate, mai ales:

– Strauss P., Manciaux M.: Copilul maltratat, ed. Fleurus, Paris, 1993: partea a 3-a şi a 4-a a acestei importante culegeri precizează condiţiile de intervenţie, măsurile ce trebuie luate şi cadrul lor juridico-administrativ;

– Raymond G.: *Dreptul copilului şi adolescentului*, 1 Vol. Ed. Litec, Paris, 1995.

Vom aborda succesiv serviciile care depind de justiţie, serviciile acţiunii sanitare şi sociale, vom reaminti legea de orientare în favoarea persoanelor handicapate, apoi instituţiile pedagogice şi medico-sociale care acţionează în cadrul acestei legi.

3.1. — SERVICIILE CE DEPIND DE JUSTIŢIE*

Ordonanţele din 2 februarie 1945 (în materie penală) şi din 23 decembrie 1953 — modificate de legea din 4 iunie 1970 — (în materie de asistenţă educaţională) constituie cadrele de referinţă ale jurisdicţiei specializate pentru minori. Judecătorul pentru copii intervine când există un conflict:

– între minor şi familia sa (tratamente rele, carenţă gravă de educaţie, fugă);
– între minor şi societate (droguri, delicvenţă, prostituţie...);
– între familie şi societate (refuz de şcolarizare obligatorie, absenteism şcolar important, refuz al intervenţiei serviciilor de prevenţie când există pericol).

* Paragraf scris de Dna M. Chadeville-Prigent, judecător de copii la tribunalul din Créteil.

În materie penală

Procurorul Republicii este cel care decide, după ancheta poliţiei sau jandarmeriei, asupra oportunităţii urmăririlor, apoi asupra orientării procedurii pentru instrucţie, fie către judecătorul pentru copii, fie către judecătorul de instrucţie. Se disting trei etape:

Instrucţia

Pentru contravenţiile de clasa a 5-a şi delicte, ea este asigurată de judecătorul pentru copii sau de judecătorul de instrucţie însărcinat cu afacerile minorilor. Pentru crime, este încredinţată obligatoriu judecătorului de instrucţie.

Magistratul sesizat constituie un dosar atât asupra faptelor, cât şi asupra personalităţii tânărului. Poate să ceară expertize dar şi un bilanţ medico-psihologic unei echipe educative constituite din psihiatru şi psiholog.

Măsura educativă este regula aici, detenţia provizorie (posibilă în anumite condiţii de vârstă şi de gravitate a faptelor) este excepţia.

Judecata este atributul:

– *judecătorului de copii,* singur în cabinetul său pentru problemele simple;
– *tribunalului pentru copii,* prezidat de judecătorul pentru copii asistat de doi asesori, pentru contravenţiile de clasa a 5-a, delictele şi crimele comise de minorii de mai puţin de 16 ani;
– *curţii cu juri pentru minori* prezidată de un consilier al curţii de apel asistat de doi judecători de copii şi nouă juraţi pentru crimele comise de minorii de peste 16 ani.

În faţa tribunalului pentru copii şi a curţii cu juri deciziile pot fi de ordin educativ, dar pot fi şi sancţiuni penale.

Executarea pedepselor

Judecătorul de copii controlează executarea măsurilor educative stabilite şi organizează măsurile şi probarea (măsură de suspendare cu punere la probă şi muncă în interesul comunităţii).

În asistenţa educativă

Când există un pericol pentru sănătatea, securitatea, moralitatea unui minor sau când condiţiile sale de educaţie sunt grav compromise, judecătorul poate să fie sesizat de tatăl, mama, tutorele sau gardianul copilului, de către procurorul Republicii. De asemenea, el se poate şi sesiza din oficiu.

După audierea părţilor, judecătorul de copii poate să ordone:

– o măsură de consultaţie, adică un examen psihologic;

– o măsură educativă în mediu deschis pentru o durată de şase luni care se poate reînnoi;

Această măsură se exercită de către un lucrător social (educator, asistent social).

– o măsură de plasare într-o instituţie specializată sau într-o familie de primire.

Judecătorul de copii poate plasa copiii într-o instituţie sau într-un serviciu de plasament familial ce depinde de Ministerul de Justiţie, de Ajutorul Social pentru Copii sau agreat de aceste două ministere.

În unele departamente, există un centru de observaţie.

În caz de urgenţă, judecătorul de copii poate să plaseze un copil înainte chiar de a fi audiat părinţii.

Plasamentul este constrângător pentru familie, care de fapt nu se poate opune. În realitate şi în majoritatea cazurilor, când un plasament se dovedeşte necesar, judecătorul sau serviciul educativ pe care l-a mandatat îl pregăteşte împreună cu familia, încercând să o facă să adere la un proiect.

Măsurile de asistenţă educativă în mediu deschis (AEMO) sunt modificabile în orice moment şi trebuie în orice caz revizuite la fiecare doi ani.

3.2. — SERVICIILE DE AJUTOR SOCIAL PENTRU COPII*

Legea de descentralizare din 22 iulie 1983 a modificat organizarea serviciilor departamentale ale Direcţiei Departamentale de Acţiune Sanitară şi Socială (DDASS) şi ale Ajutorului Social pentru Copii (ASE). Aceste modificări au provocat un transfer de competenţe începând cu 1 ianuarie 1984.

Această nouă repartiţie a competenţelor permite o mai bună sensibilizare şi participare a aleşilor locali la bugetul cel mai important al departamentului. În unele departamente, bugetul vechii DDASS reprezenta aproximativ 50% din masa bugetară a departamentului.

În schimb, ea are inconvenientul de determina împărţirea în două administraţii diferite a serviciilor care se ocupă de copiii în dificultate: pe de-o parte, intersectorul de pedopsihiatrie reprezentând ansamblul psihiatriei spitaliceşti şi extraspitaliceşti este plasat sub tutela DDASS-Stat, în timp ce gestiunea serviciilor de prevenţie sanitară şi ale acţiunii sociale: Protecţia Maternă şi Infantilă (PMI), Ajutorul Social pentru Copii (ASE), serviciul social departamental etc. ajung de competenţa Direcţiei de Prevenţie a Acţiunii Sociale (DPAS), numită în diferite feluri după departamente (DISS, DASES, DIV, DASMA etc.), plasată sub responsabilitatea Consiliului General al Departamentului şi al preşedintelui său.

* Acest paragraf şi următoarele au fost scrise cu colaborarea Dr N. Catheline.

Pentru a limita mai bine creşterea cheltuielilor spitaliceşti, statul a păstrat sub tutela sa directă controlul gestiunii spitalelor, prin intermediarul DDASS-Stat. În schimb, majoritatea celorlalte servicii a trecut sub responsabilitatea DPAS-Departament.

În sânul DPAS, serviciul Ajutorului Social pentru Copii (ASE), plasată sub autoritatea Consiliului general, are o misiune de prevenţie şi de protecţie socială. Principiul prioritar este menţinerea copilului în familia sa prin intermediul ajutoarelor financiare şi măsuri de Acţiune educativă în mediu natural (AEMN) cu ajutorul unei echipe constituite dintr-un medic de la PMI (Protecţia Maternă şi Infantilă), responsabil al unui sector geografic, din asistente sociale, din educatoare specializate pentru copiii mici, ca şi dintr-un psiholog. Această luare în îngrijire poate fi articulată la un proiect de îngrijiri asumat de echipa de sector.

Serviciul de Ajutor Social pentru Copii (ASE) dispune de instituţii proprii (cămin departamental pentru copii, casă maternală, creşă, cămine pentru tinere mame celibatare etc.) şi de o reţea de plasamente familiale sau în internat (case de copii cu caracter social: MECS). Acest serviciu primeşte copiii care îi sunt încredinţaţi fie direct de către părinţi (statut de găzduit temporar), fie de către serviciile juridice (plasare sub tutela judecătorului cu ordin de custodie provizorie acordat directorului instituţiei care devine astfel responsabilul legal al copilului), fie de către biroul de abandon.

O dată cu legea din 10 iulie 1989, acest serviciu este responsabil de prevenţia şi de informarea cu privire la maltratare (număr de telefon gratuit, culegere de informaţii şi răspuns în urgenţă).

3.3. — LEGEA DE ORIENTARE ÎN FAVOAREA PERSOANELOR HANDICAPATE

Principalele texte sunt:

– legea din 30 iunie 1975 (nr. 75-534);

– decretul din 12 decembrie 1975 (nr. 75-1116);

– circulara din 22 aprilie 1976 (nr. 76-156 şi nr. 31).

Această lege are drept obiectiv să afirme, în ansamblul lor, drepturile handicapatului, să simplifice legislaţia şi reglementarea până acum în vigoare.

Printre drepturile handicapatului sunt astfel precizate:

– dreptul la educaţie şi la instruire, adică pentru naţiune obligaţia de a-i educa şi de a-i instrui pe copiii handicapaţi;

– dreptul la îngrijiri, adică obligaţia unei solidarităţi naţionale pentru a-i îngriji;

– dreptul la muncă şi la integrare socială, ca şi dreptul la o garanţie a resurselor pentru handicapaţii adulţi.

O mare parte a textelor priveşte modalităţile de atribuire a alocaţiei financiare către handicapaţi. Pentru copil, orientarea educativă şi atribuirea alocaţiilor de educaţie specială (AES) sunt sub responsabilitatea comisiei departamentale de educaţie specializată.

Comisiile de orientare

Create prin legea din 1975, ele asigură tratamentul social al handicapului.

Comisia departamentală de educaţie specială (CDES), compusă din 12 membri din sectorul medical, social, asociativ şi şcolar şi numiţi de către prefect, este chemată să statueze asupra orientărilor către instituţii de educaţie specializată, adică structuri medico-sociale, aparţinând în acelaşi timp de ministerul Afacerilor sanitare şi sociale şi de ministerul Educaţiei Naţionale.

CDES este ajutată în această sarcină de comisii zise „de teren": Comisiile de Circumscripţie: CCPE (Comisia de Circumscripţie Preşcolară şi Elementară) pentru învăţământul elementar şi CCSD (Comisia de Circumscripţie pentru gradul doi) pentru învăţământul secundar până la 16 ani, sfârşitul şcolarităţii obligatorii.

Decizia de orientare luată de CDES se impune instituţiei care trebuie să primească copilul, totuşi sub rezerva existenţei de locuri disponibile.

CDES atribuie de asemenea ajutoare financiare: alocaţia de educaţie specială (AES) însoţită eventual de un complement de categoria 1 (cel mai slab), de categoria 2 sau de categoria 3 (excepţională) care corespunde unei alternative la o spitalizare pentru copiii atinşi de o boală cronică fără potenţial evolutiv favorabil pe care părinţii doresc să-i păstreze la domiciliu.

Decizia atribuirii acestui ajutor financiar se impune Casei de Alocaţii familiale (CAF) care este organismul plătitor.

3.4. — STRUCTURILE ASOCIATIVE

În Franţa există instituţii de îngrijire gestionate de asociaţii private, aflate sub incidenţa legii din 1901 cu privire la asociaţiile cu scop nelucrativ, dotate cu un consiliu de administraţie specific şi care se înscriu într-un proiect de serviciu public. Aceste instituţii sunt în general legate prin convenţie cu Educaţia Naţională, DDASS, casele de Asigurare pentru boală (Securitatea Socială) şi uneori cu sectoarele de psihiatrie infanto-juvenilă.

Cu valoare de exemplu, vom cita:

Centrele de consultaţie

Centre medico-psiho-pedagogice (CMPP).

Centre de acţiune medico-socială precoce (CAMSP).

Creat la Paris încă din 1946 de către G. Mauro, primul Centru medico-psiho-pedagogic (CMPP) reunea o echipă de specialişti (pedopsihiatri, psihologi, logopezi, reeducatori în psihopedagogie) destinată să ajute copilul cu dificultăţi şcolare. Apoi, CMPP-urile s-au înmulţit pe ansamblul teritoriului francez (aproximativ 400 CMPP), mai ales în mediul urban. Ele rămân prima structură ambulatorie de îngrijiri cunoscută de către profesori datorită originilor sale, pionierii CMPP recrutându-se printre apropiaţii Educaţiei Naţionale.

În zilele noastre, există puţine diferenţe între CMP-ul dependent de sectorul de pedopsihiatrie (v. cap. 27) şi CMPP-ul dependent de o structură asociativă în ceea ce priveşte funcţionarea şi populaţia primită. În schimb, există o diferenţă în modul de finanţare a îngrijirilor: gratuite pentru CMP şi fără obligaţie de suport multiplu pentru acelaşi copil; răspunzând la o înţelegere prealabilă cu Casele de Asigurare de Boală pentru CMPP şi cu obligaţia a două intervenţii minimale per copil datorită preţului pe zi perceput de instituţie.

În ceea ce priveşte CAMSP-urile, unele sunt legate de structuri asociative, în general specializate într-un tip precis de patologie (copii surzi, orbi, deficienţi motor etc.).

Instituţiile specializate

Distingem:

– *institutele medico-pedagogice* (IMP) care primesc copii funcţionând pe un mod deficitar pe planul învăţării, indiferent că originea este genetică, neurologică sau psihiatrică. Ele primesc în general copii de la 6 la 14 ani, iar unele instituţii specializate în luarea în îngrijire a encefalopatiilor neo- sau perinatale au o înţelegere care le permite să primească copii mai mici (uneori de la 3 ani).

Sunt în majoritate structuri private (asociaţii conform legii 1901), sub contract cu Statul şi controlate de DDASS în ceea ce priveşte funcţionarea lor generală, ca şi de Educaţia Naţională în ceea ce priveşte profesorii specializaţi care lucrează acolo.

Ele funcţionează datorită unui preţ pe zi plătit de Asigurarea de Boală, redefinit în fiecare an de DDASS.

Copiii beneficiază aici în acelaşi timp de o pedagogie adaptată ca şi de îngrijiri şi reeducare, aşa cum sunt furnizate în sectoarele de psihiatrie (ortofonie, psihomotricitate, psihoterapie). Interesul acestor structuri este reunirea în acelaşi loc a tuturor acestor tipuri de îngrijire.

Deşi circularele de integrare au pătruns de asemenea în IMP-uri, iar încercările de şcolarizare cu program scurt sunt din ce în ce mai frecvente, copiii plasaţi în IMP urmează, în majoritate, un circuit protejat care îi conduc apoi în IMPRO unde se fac de asemenea integrări în SEGPA.

– *Institutele medico-profesionale (IMPRO)*, iau în îngrijire intervalul de vârstă următor: 14-20 de ani, chiar mai mult de la amendamentul Creton încoace, pentru copiii care prezintă aceleaşi dificultăţi.

Aceste instituţii asigură formarea profesională a acestor adolescenţi şi se ocupă să-i plaseze pe lângă angajatori la ieşirea lor.

– *Institutele medico-educative (IME)* primesc copiii de la 16 ani la 20 de ani (IMP + IMPRO).

– *Institutele de reeducare (IR) şi Institutele de reeducare profesională (IRPro)* primesc copii care au potenţialităţi intelectuale non-deficitare, dar care prezintă tulburări afective sau instrumentale ce îngreunează învăţarea. Ei beneficiază de un învăţământ adaptat, ca şi de îngrijiri precum copiii din IME, dar întoarcerea lor în circuitul obişnuit al Educaţiei naţionale rămâne proiectul principal al acestui tip de instituţie.

— *Locurile de viaţă, sejur de ruptură*:

Începând cu anii 80, s-au multiplicat locurile de primire pentru copiii mari şi adolescenţi, uneori rezervate unei patologii specifice (autism de exemplu), gestionate cel mai frecvent de o familie şi situate în mediu rural. Aceste locuri de viaţă primesc tinerii pentru sejururi în general temporare (de la 15 zile la 2-3 luni), rareori mai lungi. Obiectivul terapeutic constă într-o adaptare a tânărului la viaţa din familia de primire, uneori bazată pe o conceptualizare teoretică de inspiraţie cel mai frecvent psihanalitică. Fără cadru juridic foarte precis, nici mod de finanţare riguros determinat, aceste locuri intermitente de viaţă aduc uneori mari servicii părinţilor de copii handicapaţi, copiilor înşişi şi instituţiilor care îi au în îngrijire în timpul anului.

BIBLIOGRAFIE

BALIER C.: *Psychanalyse des comportements violents*. PUF, Paris, 1988.

CHAMBERLAIN A., RAUGH J., PASSER A. şi col.: Issues in fertility control for mentally retarded female adolescents. *In:* Sexual activity, sexual abuse and contraception, *Pediatrics*, 1984, 73, 445-448.

CHAMBERLAND Cl.: La violence faite aux enfants. Prisme, 1992, 3, 1, 16-31.

CRIVILLE M., DESCHAMPS M., FERNET C., SITTLER M.F.: *L'inceste. Comprendre pour intervenir.* 1 Vol. Privat, Toulouse, 1994.

DELTAGLIA L.: *Les enfants maltraités*. ESF, Paris, 1979.

DESCHAMPS G., PAVAGEAU M.T., PIERSON M., DESCHAMPS J.P.: Le devenir des enfants maltraités. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1982, 30, 12, 671-679.

FREEDNAN A.M., KAPLAN H.I., SADOCK B.J.: Child Maltreatment and Battered-Child syndrome. *In: Comprehensive Textbook of Psychiatry.* 1 Vol. p. 1151-1156. Williams and Wilkins, Baltimore, 1978.

FURNISS T.: L'inceste et l'abus sexuel dans la famille: un modèle de traitement intégré 559-575. *In: L'enfant dans sa famille. Nouvelles approches de la santé mentale.* Chiland C., Young J.-G., PUF, Paris, 1990.

GABEL M.: *Les enfants victimes d'abus sexuel.* PUF, Paris, 1992.

HAYEZ J.Y.: De la crédibilité des allégations des mineurs d'âge en matière d'abus sexuel. *Psych. Enf.*, 1994, 37, 2, 361-394.

HAYEZ J.Y.: *Les abus sexuels sur des mineurs d'âge: inceste et absu sexuel extrafamilial.* Psychiatrie Enf., 1992, 35, 1, 197-271.

KAUFMAN J.: Depressive disorders in maltraited children. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 1991, 30, 2, 257-265.

KEMPE R.S., KEMPE C.H.: *L'enfance torturée*, 1 Vol. P. Mardaga, Bruxelles, 1978, 192 p.

La santé en France: Rapport général, La Documentation Française, Paris, 1995.

MARCELLI D.: La dépression chez l'enfant. *In: Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent.* Ed. 2, PUF, Paris, 1995.

Numéro spécial: *NeuroPsy. Enf. Ado.*: Violences, enfants battus et justice, 1992, 40, 7, 351-408. La prise en charge des enfants victimes d'abus sexuels. L'intervention du pédopsychiatre.

Numéro spécial: *Prisme:* Abus et négligence, 1992, 3, 1.

Numéros spéciaux:

– Adoption. *Lieux de l'enfance*, 1985, Nr. 1 şi 2.

– L'inceste. *Neuropsychiat. Enf. Ado.*, 1985, 33, 60.

– Les abus sexuels à l'égard des enfants. *La revue du Pédiatre*, 1987, 23, 7.

– Les abus sexuels à l'égard des enfants, comment en parler. *Dosar tehnic, Ministerul Solidarităţii, Sănătăţii şi Protecţiei Sociale*, 1988, 1.

RAYMOND G.: *Droit de l'enfance et de l'adolescence*, 1 Vol. Litec, Paris, 1995.

SOULE M., NOEL J.: Abandon – adoption. *In:* MANDE M., MASSE N., MANCIAUX M., *Pédiatrie sociale*, ed. 2., p. 549-553. Flammarion, Paris, 1977.

STRAUSS P., ROUYER M.: Le devenir psychologique des enfants maltraités. *In: L'enfant vulnérable.* Anthony E.J., Chiland C., Koupernik C. 1 Vol., p. 395-402. PUF, Paris, 1982.

STRAUSS P., MANCIAUX M., DESCHAMPS G. *et al.*: *Les jeunes enfants victimes de mauvais traitements (1972-1975)*, CTNERH, Paris, 1978.

STRAUSS P., MANCIAUX M.: *L'enfant maltraté*, Fleurus, Paris, 1993.

SURIS J.C., RESNICK M.D., BLUM R.W.: Sexuality and sexual behavior among youth with chronic illness. A comparaison among those with visible and non visible conditions. *J. Adolesc. Health* (à paraêtre).

PARTEA A CINCEA

TERAPEUTICA

INTRODUCERE

Această ultimă parte este o scurtă introducere privind demersul terapeutic în pedopsihiatrie. Scopul nostru nu este de a expune principiile teoretice şi tehnica proprie fiecărui tip de intervenţie terapeutică: ele sunt din ce în ce mai numeroase şi îşi au sursele în corpusuri teoretice foarte diferite (psihanalitic, comportamental, neurofiziologic etc.). Mai simplu, vom încerca aici să degajăm principiile pe care se bazează alegerea terapeutică: care sunt forţele care se aliază sau se opun acţiunii terapeutice? Care este locul simptomului în sânul dinamicii conflictuale proprii copilului, dar şi în sânul dinamicii familiale? Acţiunea terapeutică ar acţiona oare mai degrabă asupra conduitei simptomatice sau asupra structurii psihice? Care sunt posibilităţile de rezolvare a conflictului?

Se înţelege că a răspunde acestor întrebări înseamnă a considera ansamblul problemelor deja abordate, printre altele cele ale normalului şi patologicului, cele ale locului simptomului şi respectiv ale organizării psihice. Contrar psihiatrului şi/sau terapeutului de adulţi, pedopsihiatrului îi pasă mai puţin de starea prezentă decât de starea viitoare. Mai exact, el se preocupă să evalueze în starea prezentă a unui copil, capacitatea potenţială de a menţine o dezvoltare satisfăcătoare sau dimpotrivă, incapacitatea cvasi-sigură sau cel puţin foarte probabilă pentru o asemenea dezvoltare satisfăcătoare. Astfel, pentru Lebovici şi Diatkine *„diversele metode terapeutice îşi găsesc indicaţiile lor, nu doar în descrierea stării actuale, ci în previziunea dezvoltării care poate fi făcută plecând de la situaţia prezentă*".

Prezenţa patologicului — *patologic* fiind înţeles în sensul unei conduite simptomatice repertoriate de către semiologia psihiatrică — nu este suficientă, atât cât trebuie, pentru a evalua potenţialul de devianţă. La copil sunt numeroase conduitele aparent patologice care, în realitate, constituie forme anterioare ale unei organizări mintale normale: dacă nu ar fi aşa, aproape toţi copiii ar trebui să fie consideraţi „bolnavi" şi să justifice un tratament. Astfel, Chiland a arătat pe un eşantion de 66 de copii că doar unul dintre ei era total indemn de o conduită simptomatică: ceea ce echivalează oare cu a spune că ceilalţi 65 ar trebui trataţi? În plus, frecvenţa conflictelor de adaptare a copilului la mediul extern implică, atât cât se poate, distingerea conduitelor simptomatice ale unui

conflict internalizat şi a conduitelor care provin dintr-o simplă inadecvare a copilului la condiţiile externe: dacă rolul patologic al acestor condiţii externe pare prevalent, este evident că nu serveşte la nimic şi că poate fi chiar dăunător să insişti să reduci la copil o conduită aparent deviantă, când aceasta nu este poate decât o manifestare zgomotoasă de protest şi, finalmente, de sănătate.

În sfârşit, absenţa oricărei conduite îngrijorătoare pentru anturaj nu înseamnă că acest copil este sănătos: tăcerea tuturor conduitelor psihice, dacă poate să satisfacă sau să liniştească familia, anturajul, şcoala, poate să fie însă şi martora unor grave distorsiuni a capacităţilor de elaborare a conflictelor psihice. Astfel, absenţa oricărei angoase de străin, absenţa oricărei forme anterioare de conduită fobică sau ritualizată în mica copilărie, absenţa oricărei conduite de ruptură la adolescenţă, poate să fie dovada atât a unei personalităţi patologice care se adaptează într-un fel conformist ca un *„fals self“* la realitate, cât şi a unei personalităţi în care se echilibrează armonios diversele pulsiuni.

Problema tratamentului implică deci să luăm în considerare nu doar conduita simptomatică incriminată, dar şi locul său în raport cu structura psihopatologică a copilului şi cu problematica familială. În alţi termeni, efortul terapeutic ar trebui oare să se concentreze asupra conduitei patologice însăşi, asupra structurii psihopatologice subiacente, asupra constelaţiei familiale şi de mediu sau asupra mai multora dintre aceste axe în acelaşi timp?

Aceste diferite puncte de vedere au fost dezvoltate pe larg în toată această lucrare (v. de exemplu capitolele asupra deficienţei intelectuale şi îndeosebi deficienţa-limită, asupra nevrozei, asupra dificultăţilor şcolare etc.). Era totuşi necesar să le reamintim pe scurt în această introducere la demersul terapeutic în pedopsihiatrie.

Vom începe acest capitol printr-o descriere a pedopsihiatriei publice (intersectorul de pedopsihiatrie), care reprezintă marea majoritate a acţiunilor terapeutice întreprinse pe lîngă copii. Structurile asociative au fost descrise în cap. 26, 3.4. În ceea ce priveşte practica privată, în afara ortofoniştilor numeroşi care lucrează în domeniul privat, ea este limitată în marile oraşe la câţiva practicieni (psihiatru, psiholog lucrând în calitate de psihoterapeut) a căror practică este rareori limitată la copii şi/sau adolescenţi.

27 SECTORUL DE PEDOPSIHIATRIE*

1. — PRINCIPII GENERALE

Copiat după modelul sectorului adult, existenţa sectorului psihiatriei infanto-juvenile a răsărit progresiv din textele reglementare plecând de la textul princeps din 15 mai 1960, care precizează simplu că spitalizarea în secţia de pedopsihiatrie trebuie să se facă doar sub regimul plasamentului liber.

Ulterior, o serie de circulare (13 septembrie 1961, 18 ianuarie 1971, 16 martie 1972, 11 decembrie 1992) au precizat organizarea intersectoarelor de pedopsihiatrie, modalităţile de primire a pacienţilor, structurile de îngrijire (v. mai jos).

Există acum în Franţa aproximativ 800 de sectoare adulţi faţă de 300 de sectoare infanto-juvenile.

Articularea sector de psihiatrie adult/sector infanto-juvenil nu este întotdeauna uşoară, dat fiind conţinutul vag al textelor cu privire la limita superioară de vârstă întrucât că aceasta nu este clar fixată. Doar limita inferioară de acces la îngrijiri în sectorul adult este definită la 16 ani. Textul din decembrie 1992 sugerează că „este o parte integrantă a misiunii sectoarelor de psihiatrie infanto-juvenilă să răspundă la nevoile de sănătate mintală a adolescenţilor, oricare ar fi vârsta lor“.

Două treimi din sectoare sunt ataşate centrelor spitaliceşti specializate în psihiatrie. O treime este ataşată unor spitale generale.

Ca şi pentru psihiatria adultă, sectorizarea este fondată pe cinci principii de organizare (George şi Tourne, 1994):

O împărţire teritorială. — Aria geodemografică a sectorului de pedopsihiatrie corespunde la 200 000 de locuitori, respectiv 40-50 000 copii de la 0 la 16 ani. Această populaţie acoperind trei sectoare de psihiatrie generală (67 000 de locuitori pentru un sector), sectoarele de psihiatrie infanto-juvenilă au fost numite mai întîi „intersectoare“.

* Capitol scris în colaborare cu Dr N. Chateline.

Crearea unei *echipe pluridisciplinare* (pedopsihiatru, psiholog, ortofonist, psihomotrician, psihopedagog, infirmier, educator specializat şi asistenţi sociali).

Dezvoltarea *unui echipament diversificat*, care asociază structuri publice şi private, plasat cât mai aproape de populaţiile de deservit: locuri de consultaţie, spitale de zi, centru de primire cu program parţial, instituţii specializate funcţionând ca externat, ca internat (cel mai frecvent săptămânal în prezent), sau luare în îngrijire la domiciliu (SSESAD sau servicii de îngrijiri şi de educaţie specială la domiciliu).

Când populaţia este numeroasă sau când zona geografică este întinsă (zonă rurală), sunt create mai multe echipe ca şi mai multe locuri de consultaţie, aceasta pentru a facilita accesul la îngrijiri.

Circulara din martie 1990 cu privire la orientările în politica de sănătate mintală a fixat un minim de structuri ambulatorii proprii fiecărui sector: cel puţin două centre medico-psihologice pe sector şi cel puţin două formule de îngrijiri instituţionale cu program parţial sau secvenţial.

O integrare în îngrijirile generale:

- fie direct (prezenţa echipei în secţiile de pediatrie sau în maternitate de exemplu);
- fie indirect (prestarea de consiliere şi de formare a medicilor şi a ansamblului personalului de îngrijire).

Integrarea în instanţele de concertare pe plan departamental şi regional, ca de exemplu Consiliul de Sănătate Mintală.

2. — MISIUNILE PSIHIATRIEI INFANTO-JUVENILE

Rolul sectoarelor de psihiatrie infanto-juvenilă, aşa cum a fost descris în circularele din 16 martie 1972 şi din 11 decembrie 1992, este prin urmare:

- *să promoveze acţiuni care să evite emergenţa, dezvoltarea şi persistenţa de afecţiuni mintale* (prevenţie primară, secundară şi terţiară).

Circulara din decembrie 1992 insistă îndeosebi asupra prevenţiei primare şi necesităţii de a depista din timp dificultăţile psihice ale copiilor şi adolescenţilor, participând activ, la nevoie, la funcţionarea structurilor medicale (maternitate, pediatrie, spital general), sociale (creşe, PMI) sau şcolare.

Ea propune realizarea unor formule de primire şi de îngrijiri adaptate în sânul mediului de viaţă obişnuit:

- *să asigure o proximitate a serviciilor pe lângă populaţie* astfel încât să faciliteze accesul la îngrijire;
- *să vegheze la coordonarea dintre actorii de sănătate* şi cadrele comunităţii care intervin în câmpul sănătăţii mintale.

3. — STRUCTURILE GESTIONATE DE SECTOR

Unele structuri depind direct de intersector; cităm:

- centrele de consultaţie: centrul medico-psihologic (CMP), centrul de acţiune medico-socială precoce (CAMSP);
- spitalul de zi;
- spitalizarea cu program integral;
- centrul de primire terapeutică cu program parţial (CATPP);
- în sfârşit, alte unităţi încă puţin dezvoltate: unităţi mamă–copil, cămin terapeutic pentru adolescenţi.

Alte structuri sau instituţii pot participa la misiunile intersectorului pentru a completa evantaiul posibilităţilor terapeutice, prin stabilirea unei convenţii.

3.1. — CENTRUL MEDICO-PSIHOLOGIC (CMP) ŞI CENTRUL DE ACŢIUNE MEDICO-SOCIALĂ PRECOCE (CAMSP)

Animat de o echipă pluridisciplinară, el este pivotul organizării îngrijirilor: unitate de primire şi de coordonare, el organizează acţiuni de prevenţie, de diagnostic, de îngrijiri ambulatorii şi de intervenţii la domiciliu.

Centrul medico-psihologic poate avea antene (stabilite convenţional) pe lângă orice instituţie care necesită servicii psihiatrice.

În 1993, 2/3 dintre sectoare aveau cel puţin 4 centre medico-psihologice şi media era de 5 pe sector. Trebuie totuşi să notăm existenţa unei disparităţi în echipamente şi funcţionare, după cum implantarea este urbană sau rurală şi după natura spitalului de care este legat (Centru Spitalicesc Specializat sau Centru Spitalicesc General).

Consultaţia nu se plăteşte şi, deşi în principiu pacienţii trebuie să aibă o asigurare socială şi să fie afiliaţi la un regim de asigurare de sănătate, această condiţie nu împiedică de fapt tratamentul unui copil.

Aceste măsuri au fost luate în scopul de a facilita accesul la asistenţa medicală al populaţiilor numite defavorizate, dar şi al anumitor categorii de persoane, cum ar fi adolescenţii. Deşi ar fi multe de spus asupra validităţii unor asemenea

luări în îngrijire, acest sistem poate să permită unor adolescenţi să dezvăluie situaţiile în care ei sunt în pericol (tratamente rele, incest etc.).

Practica acestor echipe s-a elaborat într-o manieră originală, în interacţiune constantă cu celelalte instituţii care asigură îngrijiri (secţii de maternitate, de pediatrie), cu învăţământul (Educaţia naţională) sau protecţia copilului (PMI). Aceasta are drept efect realizarea unui diagnostic mai precoce al tulburărilor. Într-adevăr, dificultăţile copiilor şi ale familiei lor se exprimă la contactul cu aceste echipe, deoarece în ciuda unor mari progrese în sensibilizarea părinţilor la dimensiunea psihologică a unor simptome (eşec şcolar, instabilitate, enurezis,...), mulţi dintre ei rămân foarte reticenţi în a lua iniţiativa unei consultaţii.

Reticenţa publicului în a veni să consulte la sectorul de psihiatrie infanto-juvenilă ţine desigur de imaginea specialităţii, cel puţin aşa cum o vehiculează psihiatria generală, dar şi mai mult de concurenţa reprezentată pentru instituţiile pentru copii neadaptaţi deja implantate (copilărie neadapatată, CMPP, instituţii diverse).

Dacă n-a primit „moştenirea azilară" a psihiatriei generale, psihiatria infanto-juvenilă *„a trebuit să-şi acorde mijloacele de a exista în articulaţie cu instituţiile pentru copii neadaptaţi deja implantate şi nu ca o filieră suplimentară"* (George şi Tourne, 1994).

De asemenea, decât să deschidă mai multe centre medico-psihologice diferite, unele sectoare au deschis antene în centrele medico-sociale care găzduiesc şi permanenţe cu profil de serviciu social, consultaţii de protecţie maternă şi infantilă (PMI) etc. Dar riscul este atunci ca echipele să se epuizeze pe traseu în loc să se consacre îngrijirilor.

Altele, în loc să dezvolte structuri sectoriale, au privilegiat colaborarea cu instituţiile medico-sociale (IME, CMPP, CAMSP). Astfel, graţie unei munci de coordonare, echipa realizează, cu ceilalţi parteneri, un dispozitiv de integrare şcolară cu un proiect personalizat pentru fiecare copil, care beneficiază de structuri adaptate, împrumutate de la cele trei reţele (Educaţia naţională, sectorul pedopsihiatric, instituţiile medico-sociale).

În ansamblu, CMP-ul este instituţia de îngrijire cea mai utilizată în materie de psihiatrie infanto-juvenilă.

Mai recent au fost constituite, pentru copiii foarte mici (de la 0 la 6 ani), centre de acţiune medico-socială precoce (CAMSP); unele sunt direct legate de intersector, altele au o funcţionare asociativă şi sunt frecvent specializate într-un tip de patologie (deficienţă senzorială, motorie, anomalii genetice etc.).

CAMSP şi CMP au o funcţionare similară.

3.2. — CENTRUL DE PRIMIRE TERAPEUTICĂ CU PROGRAM PARŢIAL

„Centrul de primire terapeutică cu program parţial oferă, pentru grupuri mici de pacienţi, diferite activităţi, într-un cadru determinat şi regulat, cel mai frecvent la CMP sau într-o antenă aproape de domiciliul familiilor" (circulara din 11 decembrie 1992).

Îngrijirile cu program parţial pot să preceadă sau să urmeze (pre sau postcură) admiterii în spitalul de zi sau să constituie timpul terapeutic principal (mai ales unitatea de seară după şcoală). Principiul terapeutic este acelaşi ca şi pentru spitalul de zi dar redus la aproximativ trei ore pe zi, timp de 3, 4 zile pe săptămână. Aceste modalităţi terapeutice se adresează unor copii capabili să urmeze o şcolaritate normală sau aproape normală: nevroză gravă, prepsihoză sau dizarmonie de evoluţie cu menţinerea investiţiei şcolare etc.

Este o structură uşoară care foloseşte moduri de funcţionare foarte diversificate: asistenţă de seară, club terapeutic de miercuri sau secvenţe în timpul zilei; această formulă suplă oferă de asemenea posibilităţi de îngrijire apropriate pentru numeroşi copii; modulabilă astfel încât să nu determine supraîncărcarea orarului copiilor, evitând întreruperea frecventării şcolii, ea permite şi luarea în seamă a constrângerilor familiale.

Se pot dovedi utile modalităţi de acţiune foarte diversificate în direcţia:

– copiilor foarte mici, primiţi cu un părinte sau singuri; încă rare, aceste acţiuni pot să reprezinte un atu important ca posibilitate de observare precoce, una dintre modalităţile cu mai mare acceptabilitate (Unităţi mamă–copil);

– adolescenţilor: deocamdată există puţine experienţe în acest domeniu. Modelul acestui tip fiind creat de R. Diatkine la începutul anilor 1980 cu al său „Club de seară" care primea, seară de seară, în arondismentul al XIII-lea, din Paris, copiii în eşec şcolar.

3.3. — SPITALIZAREA CU PROGRAM INTEGRAL

Fiecare intersector trebuie, teoretic, să fie dotat cu paturi de spitalizare cu program integral, dar doar 50% sunt astfel echipate cu adevărat. Spitalizarea cu program integral îi priveşte mai frecvent pe adolescenţi şi preadolescenţi (începând de la 11-12 ani) decât pe copiii propriu-zişi. Pentru aceştia din urmă, indicaţiile de spitalizare cu program integral sunt foarte limitate şi se însoţesc în general de o întoarcere regulată în familie. Unele cazuri de psihoză infantilă (de tip simbiotic de exemplu) sau de dizarmonie gravă pot să beneficieze de o asemenea

îngrijire frecvent mai bine acceptată de familie, mai ales de mamă, decât un plasament într-o familie de primire terapeutică. Într-adevăr, aceasta din urmă poate fi resimțită ca o amenințare pentru legătura mamă–copil, plasând copilul într-un conflict de fidelitate (între mamă și asistenta maternală) mai mult nefast decât benefic. Majoritatea indicațiilor de separare de mediul familial răspund la o necesitate de protecție a copilului care este atunci orientat după vârsta și patologia sa într-o instituție de îngrijire (v. cap. 29, 6.1.) sau într-o familie de primire terapeutică (v. cap. 29, 6.2.).

3.4. — SPITALUL DE ZI

Este o structură de îngrijire cu care sunt prevăzute cvasi-totalitatea intersectoarelor (v. funcționare și indicații, cap. 29, 6.1.).

3.5. — FAMILIA DE PRIMIRE TERAPEUTICĂ

31% dintre intersectoare au în subordine o asemenea unitate de îngrijire (v. cap. 29, 6.2.).

3.6. — ALTE STRUCTURI

Câteva intersectoare s-au dotat cu structuri de îngrijire specifice într-un domeniu sau altul. Ca exemplu să citām:

Unitățile mamă–copil. — În Franța, contrar țărilor anglo-saxone, aceste unități sunt în general în subordinea sectoarelor de psihiatrie infanto-juvenilă (și nu în cea a psihiatriei generale). Există o duzină de unități mamă–copil, în general de dimensiune mică (între 3 și 6 paturi pentru un număr echivalent de leagăne).

Sunt primite aici mamele care prezintă patologii variabile, dar frecvent în legătură cu o depresie perinatală (psihoză puerperală, decompensare nevrotică, mamă abandonică, mamă minoră, toxicomană etc.).

O atenție cu totul deosebită este acordată calității interacțiunilor mamă–copil. Pedopsihiatrul și colaboratorii săi (psihologi, asistenți medicali și sociali) evaluează capacitățile materne în a stabili legături satisfăcătoare cu copilul său sau, în lipsa lor, o ajută pe mamă să accepte ideea de a trebui să-și încredințeze copilul pentru un timp variabil unei terțe persoane (asistentă maternală, creșă).

Durata de spitalizare în aceste unități este în medie de 2-3 luni.

Căminele terapeutice pentru adolescenți. — Când separarea de mediul familial apare ca fiind necesară în timp ce menținerea în mediul școlar pare benefică, iar asistența medicală rămâne indispensabilă, căminul terapeutic este o formulă interesantă pentru unii adolescenți cu care ar putea fi întreprins un travaliu de terapie instituțională.

În aceste cămine terapeutice, adolescentul își urmează școlaritatea și, seara, participă la diverse activități terapeutice (grup terapeutic, psihoterapie individuală, psihodramă psihanalitică, susținere pedagogică etc.).

În timpul week-end-urilor sau al vacanțelor sunt propuse activități de grup în cursul cărora sprijinirea pe grupul celor de o vârstă și relațiile cu adulții care îi îngrijesc constituie pârghia terapeutică a unei reluări a travaliului de „separare" caracteristic pentru această vârstă.

Există în Franța zece cămine terapeutice conduse direct de sectoarele de psihiatrie infanto-juvenilă.

4. — PEDOPSIHIATRIA DE LEGĂTURĂ

Pedopsihiatria de legătură este din ce în ce mai frecvent efectuată de echipe psihiatrice de sector care au stabilit convenții cu unitățile de îngrijiri somatice. Această muncă are dublul interes, pe de-o parte, de a lua în seamă interacțiunile psiho-soma în apariția sau în evoluția bolii, pe de altă parte, de a perfecționa cunoașterea anumitor patologii și a repercusiunilor lor asupra dezvoltării individului.

Aceste intervenții s-au înmulțit în ultimii ani și privesc, pe lângă secțiile de pediatrie generală, secții din ce în ce mai specializate. În unele cazuri, aceste secții au solicitat prin contract colaborarea unor cadre cu statut temporar (psihiatri, psihologi, psihanaliști), iar în alte cazuri sunt solicitate echipele de intersector.

4.1. — ÎN SECȚIILE DE PEDIATRIE GENERALĂ

Inaugurată de apelul la psihiatrie pentru unele patologii (tentative de suicid, anorexie mintală), colaborarea pediatrie-pedopsihiatrie cunoaște din anii '80 o dezvoltare importantă, chiar dacă bazele acestei colaborări nu sunt lipsite de ambiguitate.

Într-adevăr, *„dacă așteptarea echipei de îngrijire este de a face partea psihicului și fizicului astfel încât să faciliteze eficiența echipei într-o situație critică, realitatea se limitează, de fapt, la întâlnirea a două discursuri"* (D. Brun, 1993).

Intenția pediatrului este în principal subîntinsă de o logică a eficacității: să facă să dispară boala în cel mai bun caz, simptomul cel puțin; psihiatrul, psihanalistul, pe partea lor, sunt mai întâi purtători ai unei logici a sensului: dezvăluirea progresivă a semnificației preconștiente și/sau inconștiente a unei conduite, a unui simptom care se înscrie într-o legătură interacțională și transgenerațională.

În practică, intervenția pedopsihiatrului a fost mai întâi solicitată în caz de impas terapeutic între pediatru, micul său pacient și părinții săi. Ulterior, pediatrii solicită pedopsihiatrul când percep existența posibilă a unei componente psihopatologice în diverse situații (patologie somatică repetată în sfera ORL, de exemplu, tulburări ale comportamentului alimentar, de somn etc.).

4.2. — ÎN SECȚIILE DE PEDIATRIE SPECIALIZATĂ

Progresele pediatriei impun din ce în ce mai mult copiilor constrângeri de viață și de îngrijire care cântăresc greu asupra echilibrului lor psihic și asupra posibilităților lor de dezvoltare.

În secțiile foarte specializate (oncologie pediatrică, imunologie, grefe de organe, reanimare neonatală și infantilă etc.), intervenția unor psihologi, psihiatri, psihanaliști devine una dintre componentele esențiale ale strategiei terapeutice globale.

„Psi-ul" este solicitat fie pentru a ajuta copilul să tolereze constrângerile impuse de îngrijiri, fie și mai mult pentru a-i permite să găsească un sens în lipsa de sens a bolii, fie pentru a-i susține pe părinți.

4.3. — ÎN MATERNITATE, SECȚII DE NEONATOLOGIE

Urcând tot mai mult în amonte către originea tulburărilor, echipele de pedopsihiatrie intervin frecvent în maternitate și în secțiile de neonatologie.

Ele participă atunci la reperarea situațiilor cu risc (mame minore, patologie psihosocială, mamă carențată sau abandonică etc.), a stărilor patologice (depresie în cursul sarcinii, patologie psihiatrică, deficitară...).

Încă de la nașterea copilului, pedopsihiatrul poate interveni pentru a evalua calitatea interacțiunilor precoce și riscurile potențiale de suferință atât pentru mamă cât și pentru copil.

La modul ideal, aceste intervenții sunt preluate de o rețea de asistență care depinde fie de sectorul de psihiatrie infanto-juvenilă însuși (CAMSP, unitate mamă–copil, familie de primire terapeutică), fie de structurile ajutorului social pentru copii (v. mai jos).

BIBLIOGRAFIE

ANZIEU D.: *Le psychodrame analytique chez l'enfant et l'adolescent,* PUF, 1979, Paris.

ANZIEU D.: *Le groupe et l'inconscient,* Dunod, 1985, Paris.

BARANDE I., BOURDIER P., DAYMAS-LUGASSY S.: Psychothérapies de l'enfant et de l'adolescent. EMC, Paris, 1970, *Psychiatrie,* 37818 A. 10.

BARBIER D.: *Guide de l'intervention en santé mentale.* Privat, Toulouse, 1993.

BERGER M.: *Les séparations à but thérapeutique.* 1 Vol. Privat, Toulouse, 1992.

BERGES J., BOUNES M.: *La relaxation thérapeutique chez l'enfant.* Masson, Paris, 1979, 1 vol.

BOLLAND J., SANDLER J.: *Psychanalyse d'un enfant de deux ans.* PUF, Paris, 1973.

BRUN D. (sous la direction de): *Pédiatrie et psychanalyse.* 1 Vol. PAU, Paris, 1993.

CHAPELIER J.B., AVRON O., PRIVAT P.: Groupes: un ou deux psychothérapeutes. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe,* 1985, 1-2, 85-101.

CHILAND C.: *L'enfant de six ans et son avenir,* PUF, Paris, 1973, 1 vol.

DIATKINE R., SIMON J.: *La psychanalyse précoce,* PUF, Paris, 1972.

DIATKINE R.: Propos d'un psychanalyste sur les psychothérapies d'enfants. *Psychiatrie enfant,* 1982, 25, 1, 151-177.

DUCHE D.J.: *Histoire de la psychiatrie de l'enfant.* PUF ed, Paris, 1990, 1 vol.

GEORGE M. Cl., TOURNE Y.: *Le secteur psychiatrique,* PUF éd. „Que sais-je". Paris, 1994.

HAAG G.: Les petits groupes analytiques d'enfants autistes et psychotiques. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe,* 1987, 7-8, 73-87.

HAAG G.: Aspect du transfert concernant l'introjection de l'enveloppe en situation analytique individuelle et groupale. *Gruppo,* 1988, 4, 71-86.

HAAG G. et URWAND S.: Entre objet partiel et objet total. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe,* 1993, 20, 75-85.

JAQUES E.: Des systèmes sociaux comme défenses contre l'anxiété dépressive et l'anxiété de persécution. *In:* LEVI A., *Textes fondamentaux de la psychologie sociale,* Dunod éd., Paris, 1978, 546-565.

LANG J.L.: Histoire et mémôires des hopitaux de jour. *In: Les traitements des*

psychoses de l'enfant et de l'adolescent. Soulé M., Golse B. (sous la direction de), Bayard éd., coll. Paidos, 1992, 259-289.

LEBOVICI S., DIATKINE R.: Le concept de normalité et son utilité dans la définition du risque psychiatrique. *In:* ANTHONY E.J., CHILAND C., KOUPERNIK C.: *L'enfant à haut risque psychiatrique.* PUF, Paris, 1980, 29-43.

LEBOVICI S.: A propos des thérapeutiques de la famille. Psychiatrie enfant, 1981, 24, 2, p. 541-583.

MALE P., DOUMIC-GIRARD A., BENHAMOU F., SCHOTT M.C.: *Psychothérapies du premier âge,* PUF, Paris, 1975.

MAZIADE M.: Les bases théoriques de la thérapie familiale. *Neuropsch. de l'enf. et ado.,* 1980, 28 (6), 253-258.

MISES R., BAILLY-SALIN H.J., BREON S., FEDER F., FORTABAT J.L., GILBERT E.: *La cure en institution: l'enfant, l'équipe, la famille.* ESF, Paris, 1980, 1 vol.

NUMERO SPECIAL: Hôpital de jour et structure à temps partiel, *Neuropsychiat. Enf. Ado.,* 1988, 8-9, 299-378.

PETITJEAN F., DUBRET G., TABEZE J.P.: *Psychiatrie à l'hôpital général.* Erès éd., Toulouse, 1993.

PRIVAT P.: L'enfant, l'objet et le groupe. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe,* 1993, 20, 51-60.

PRIVAT P. et coll.: *Les psychothérapies de groupe d'enfants au regard de la psychanalyse.* Clancier-Guenaud, 1989, Paris.

PRIVAT P., CHAPELIER J.B.: De la constitution d'un espace thérapeutique groupal. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe,* 1987, 7-8, 7-28.

RAYNAUD M., LOPEZ A.: *Evaluation et organisation des soins en psychiatrie.* Frison-Roche éd., Paris, 1994.

ROUSSILLON R.: *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse.* PUF, 1991, Paris.

SELVINI-PALAZZOLI M., BOSCOLO L., CECCHIN G., PRATA G.: *Paradoxe et contre-paradoxe.* ESF, Paris, 1980.

SIKSOU J.: Enrichissements mutuels et restauration narcissique en groupe de mères avec bébés. *In:* PROVAT P. et coll., *Les psychothérapies de groupe d'enfants au regard de la psychanalyse.* p. 174-189. Clancier-Guenaud, 1989, Paris.

SIMON P.: *Pharmacologie et psychiatrie de l'enfant.* Psy. enf., 1978, 21 (1), 319-325.

SLAVSON S.R.: *Psychothérapie analytique de groupe.* PUF, 1953, Paris.

TESTEMALE G., CHAPELIER J.B.: Groupes thérapeutiques et institutions soignantes. *Bulletin de Psychologie,* décembre 1983, 37, 145, 195-204.

URWAND S. et HAAG G.: Premières identifications et enveloppe groupale. *Dialogue,* 1993, 120, 63-75.

WIDLOCHER D.: Thérapeutiques en pédopsychiatrie. EMC, Paris, 1970. *Pédiatrie* 4101 S. 10.

WIDLOCHER D.: *Le psychodrame chez l'enfant.* PUF, Paris, col. Paideïa, 1979.

WIDLOCHER D.: Genèse et changement. Al 40-lea congres al psihanaliştilor de limbă franceză. Barcelona, mai 1980, PUF, Paris, 1980.

WINNICOTT D.W.: *La consultation thérapeutique de l'enfant.* Gallimard, Paris, 1971.

28 CEREREA DE ASISTENȚĂ ȘI CONSULTAȚIILE TERAPEUTICE

Și mai mult decât în patologia mintală a adultului, în abordarea dificultăților psihologice ale copilului este dificil să separăm ceea ce ține de un demers de investigare, de analiză a conduitelor în dimensiunile lor sincronice (punct de vedere structural) și diacronice (punct de vedere genetic), de ceea ce ține de un demers terapeutic sau de premisele sale: în timp ce părinții evocă în fața clinicianului istoria copilului lor ei pot, grație pertinenței eventualelor sale remarci, să dobândească conștiința istoriei individuale și familiale a unui simptom.

De asemenea, copilul, cu atât mai mult cu cât este mic, nu-și povestește dificultățile în manieră obiectivantă, cum poate să o facă un adult: clinicianul este prins de la început într-un proces transferențial a cărui particularitate în raport cu transferul adultului este de a se situa în actualitatea imaginilor parentale: această actualitate a transferului a fost de altfel la originea dezbaterii pasionate dintre A. Freud și M. Klein asupra posibilității și modalităților de început ale psihanalizei aplicate la copiii mici (v. cap. 29, 2.1.).

Astfel, la copil sunt strâns legate planurile diagnosticului, ale evaluării psihodinamice și ale alegerii terapeutice. Demersul diagnostic în accepțiunea sa medicală tradițională se referă la culegerea conduitelor simptomatice, la regruparea lor în sindroame și la clasificarea lor nosografică: am avut de mai multe ori ocazia să vedem că era întotdeauna necesar să ținem cont de factorul timp pentru a judeca validitatea anumitor categorii, deci de a aduce o clarificare genetică.

Evaluarea psihodinamică retrimite la problema structurii psihice și a liniilor maturative de dezvoltare. Ea încearcă, în plus, să aprecieze gradul de legătură dintre diversele conduite observate (organizare foarte coercitivă sau, dimpotrivă, fluidă) și importanța sectoarelor de activitate psihică păstrate. În funcție de aceste date, alegerea unei terapii este posibilă, dar această alegere implică și evaluarea capacităților de mobilizare ale copilului și ale mediului său extern, adică o atitudine care este deja de domeniul unui tratament.

În ansamblu deci, înainte de a lua o decizie, este de dorit să evaluăm succesiv locul simptomului, locul suferinței, nivelul cererii.

1. — SENSUL SIMPTOMULUI

Reperarea conduitei simptomatice este de obicei ușoară: părinții, profesorul, copilul însuși uneori, o pun înainte. Totuși, nu rareori există deja un decalaj să între ceea ce este motiv al demersului parental și ceea ce consultantul consideră drept îngrijorător. Poate apărea o instabilitate secundară, alături de inhibiția relațională care o însoțește: doar prima conduită a provocat consultația, în timp ce pedopsihiatria se ocupă mai mult de cea de-a doua.

Totuși, trebuie și să precizăm importanța cantitativă a conduitelor simptomatice, gradul răsunetului lor asupra celorlalte sectoare de activitate a copilului. Așa cum precizează A. Freud, dacă linia de dezvoltare incriminată este blocată în evoluția sa, acest blocaj împiedică el oare dezvoltarea celorlalte linii? Se observă atunci un retard, o dizarmonie sau o simplă variație de la normal? E important și să știm dacă există perturbări în celelalte linii, gradul de legătură dintre această perturbare și simptomul principal.

1.1. — FUNCȚIA CONDUITEI SIMPTOMATICE

Ea depinde de gradul de interiorizare a conflictului. A evalua această funcție revine la a aprecia locul unde își are sediul cu adevărat originea simptomului. Se pot distinge astfel:

– manifestări de neadecvare între copil și exigențele exterioare: sunt conflicte externe datorate unor presiuni neadecvate ale mediului, fie pentru că ele sunt în discordanță cu nivelul maturativ atins de copil, fie pentru că ele ating o intensitate excesivă sau insuficientă (conflict extern al lui A. Freud și Nagera);

– manifestări datorate unui conflict natural, inerent dezvoltării copilului însuși, conflict tranzitoriu, frecvent spontan regresiv, dar care prin natura sa poate să intre în rezonanță cu un conflict extern și amenință astfel să dureze;

– manifestări care dovedesc un conflict intern real unde simptomul capătă aici, ca și la adult, semnificația unui compromis dar care, în plus, prin singura sa prezență poate să afecteze dezvoltarea;

– manifestări care ar putea fi numite „sechelare“: conduite care într-un stadiu precedent au fost expresia unui anumit conflict, dar care au pierdut acest prim sens când nivelul conflictual a fost depășit grație maturizării. În unele cazuri ele persistă sub formă de obișnuință sau de trăsătură de comportament, sunt integrate și sintonice cu Eul copilului, sunt recunoscute și acceptate de familie. Nu este rar ca aceste conduite să servească atunci de punct de fixare pentru expresia oricărui nou conflict și devin astfel mult supradeterminate.

1.2. — LOCUL SUFERINȚEI

Este rar ca însuşi copilul să exprime o stare de suferință psihologică, cu excepția cazului unor manifestări specifice cum ar fi crizele de angoasă acută sau unele fobii. În marea majoritate a cazurilor, copilul, oricare ar fi gravitatea aparentă a conduitelor sale patologice, nu suferă din cauza lor. Nu trebuie să credem totuşi că suferința psihologică nu există, ci doar că nu este cel mai bun indice, nici de gravitate patologică, nici de motivare a tratamentului la un copil.

În schimb, suferința există întotdeauna în anturajul copilului: la părinți, la şcoală. Totuşi gradul şi calitatea acestei suferințe sunt foarte variabile de la un caz la altul. Această analiză ar determina în mare parte indicațiile terapeutice. Ea reprezintă, exprimată în termeni diferiți, ceea ce numim „cererea terapeutică", natura sa, originea sa.

Suferința părinților în fața dificultăților copilului lor poate să traducă empatia lor profundă pentru el: unii părinți resimt cu acuitate aceste dificultăți, doresc să-şi ajute copilul cu toate posibilitățile lor. Această suferință care reprezintă o capacitate de identificare cu copilul, cu situația sa, va da părinților motivația necesară şi le va permite să-l însoțească în demersul său terapeutic.

Suferința parentală, în alte cazuri, rezultă înainte de toate din propria lor rană datorată imaginii devalorizante pe care le-o trimite copilul: eşecul acestuia din urmă în comparație cu copiii de aceeaşi vârstă, conduitele sale deviante pot să fie resimțite ca tot atâtea răni narcisice la părinți, mai ales când patologia sa intră în rezonanță cu propriile conflicte narcisice sau infantile ale acestora. Aceste cazuri răspund în parte la ceea ce este prea frecvent denunțat ca „copilul-simptom al părinților", termen care pune cert în valoare nivelul patologic parental, dar care uită prea mult că un simptom constituit reprezintă apoi un punct de fixație patogen, activ atâta timp cât persistă.

În sfârşit suferința parentală poate să reflecte simplu rejecția: unii părinți par mai preocupați de propriul confort şi vor înainte de toate să fie „debarasați" de o conduită a copilului lor care îi jenează, îi inoportunează. Ei nu caută să-l înțeleagă pe copil şi, în maniera lor, externalizează conflictul (sunt de vină sistemul nervos, glandele copilului, sau şcoala, societatea...). Conduitele simptomatice ale copilului nu sunt adesea decât traducerea unei dorințe de relație cu părinții săi sau a unei renunțări abandonice la aceeaşi relație.

În unele cazuri părinții vin la consultație fără nici o motivație sau suferință personală, la sfaturile sau la constrângerea unui terț. Această absență a suferinței are origini diverse. Uneori părinții nu par să perceapă natura manifestărilor simptomatice ale copilului lor. În cazurile cele mai pozitive, aceasta se bazează pe un exces de identificare cu copilul ale cărui conduite patologice sunt identice

cu cele din copilăria părinților: „şi eu eram timid", sau „şi eu eram fricos". Astfel fetele fobice au frecvent mame fobice care acceptă şi întrețin fobia fetei lor. Acest exces de empatie şi această acceptare familială a simptomului fac ca acesta să fie total sintonic cu Eul copilului şi cu dinamica familială. În cazurile cele mai puțin pozitive, această absență a recunoaşterii şi a suferinței parentale traduce în realitate absența percepției copilului în autonomia şi individualitatea sa. Copilul este inclus într-o relație fuzională sau este doar ignorat în realitatea sa psihică individuală.

Suferința mediului extern nu poate fi de asemenea ignorată de către consultant. Suferința este considerată aici în sensul său cel mai general ca o stare de rău suscitată de comportamentul copilului. Din acest punct de vedere „suferința" legată de şcoală este frecvent pe primul plan: dincolo de echilibrul şi dezvoltarea individului, ea face să intervină problema normei sociale. Cererea unor profesori poate, în oglindă cu cea a părinților, să reflecte o preocupare sinceră şi profundă în fața dificultăților şcolare, dar şi relaționale ale unui copil. Totuşi cererea se reduce frecvent la o nevoie de a vedea copilul conformându-se la normele sociale, educative, culturale sau încă şi mai mult, „de a nu perturba clasa". Calitatea cererii de consultație făcută de şcoală influențează natura cererii parentale şi trebuie de asemenea analizată prin reuniuni cu profesorii sub rezerva acordului părinților.

Dincolo de şcoală, suferința poate să provină din grupul social în sens larg: bunici, mătuşă sau unchi, vecini, sau profesionişti (asistenți sociali) care toți pot să-i împingă pe părinți să consulte. Această motivație externă reprezintă totuşi un indiciu bun al interacțiunilor sociale ale familiei consultante.

1.3. — CAPACITĂȚILE DE SCHIMBARE

Şi ele trebuie evaluate. Nu este vorba aici de a aprecia capacitățile de schimbare structurală, ci, mai simplu, de a aprecia posibilitățile de a modifica, chiar uşor, interacțiunile familiale cele mai deviante sau cele mai patogene: deşi aceasta se întâmplă uneori, este rar ca pedopsihiatrul să fie consultat rapid încă de la apariția unei conduite considerate deviante. Când intervine, numeroase reamenajări defensive s-au organizat cu o serie întreagă de beneficii secundare (reîntărirea unei legături mamă–copil infantile şi regresive, stabilirea unei relații privilegiate cu darea la o parte a fratriei, instalarea într-o conduită de eşec cu atitudine de prestanță etc.) la care țin ferm atât copilul cât şi familia, şi uneori chiar şcoala. Trebuie apreciat gradul de mobilizare, uşurința de schimbare sau, dimpotrivă, rezistența la orice schimbare în modalitățile de interacțiune familiale şi/sau sociale

care înconjoară simptomul. Nu este excepţional ca un simptom să persiste doar în funcţie de aceste reelaborări secundare, în timp ce sensul primar şi iniţial a dispărut complet.

Evaluarea acestor interacţiuni familiale face necesară întâlnirea grupului familial (copil, tată, mamă şi uneori chiar fratrie, bunici) înaintea oricărei decizii terapeutice.

1.4. — SENSUL CONDUITEI SIMPTOMATICE

Trebuie să fie în sfârşit căutat, nu doar în evoluţia psihogenetică a copilului însuşi, ci şi în locul pe care acest copil vine să-l ocupe încă înainte de naşterea sa în sânul dinamicii familiale, şi chiar dinainte de conceperea sa în avatarurile arborilor genealogici parentali. Când terapeutul găseşte sensul genetic şi istoric al simptomului, el înţelege mai bine dinamica familială şi rezistenţele care se opun oricărei schimbări. Totuşi, nu credem, experienţa o dovedeşte din plin, că este suficient să dezvăluim sensul preconştient sau inconştient al unei conduite simptomatice a copilului pentru a o vedea dispărând. Remarci ca „simptomul nu înseamnă nimic, doar istoria care l-a precedat şi maniera în care ea este raportată au un sens“ ni se pare că dovedesc o neînţelegere a statutului simptomului la copil: într-adevăr, cum am mai spus, conduita psihopatologică crează întotdeauna prin ea însăşi un punct de fixaţie patogen, sursă de distorsiune potenţială în raport cu mişcarea maturativă.

În cursul investigaţiei prealabile deciziei terapeutice, căutarea sensului simptomului pare de aceea secundară în raport cu punctele care au fost luate în considerare înainte. În schimb, în cursul însuşi al terapiei căutarea semnificaţiei diacronice (sensul simptomului de-a lungul istoriei familiei şi genezei copilului) şi sincronice (sensul simptomului în funcţionarea psihică actuală) a conduitelor actualizate în interacţiunea cu terapeutul reprezintă esenţa însăşi a procesului terapeutic.

2. — NIVELUL RĂSPUNSULUI

În practică, investigaţia precedentă nu se poate efectua în totalitate în timpul primei întâlniri. În general este necesar să ai trei sau patru întâlniri cu copilul, dintre care cel puţin două cu părinţii (la prima discuţie rareori întâlneşti mai mult de un părinte, de obicei mama). Nu vom evoca aici tehnica de investigare (dialog, jocuri, desene, marionete, plastilină, etc.; v. cap. 3, 1.2.).

În ceea ce priveşte modalităţile de abordare, unii clinicieni preferă să-i asculte mai întâi pe părinţi, alţii pe copil. Sunt unii care-i primesc pe părinţi fără copil, alţii care nu-i văd pe părinţi decât în prezenţa copilului. Nu este nici de dorit, nici posibil să formalizăm prea mult tehnicile întâlnirilor iniţiale a căror derulare constituie de altfel o prefigurare pe scurt a eventualei derulări ulterioare a terapiei.

Oricum ar fi, aceste întâlniri prealabile de investigaţie permit judecarea naturii dificultăţilor, a locului şi intensităţii suferinţei, a nivelului exact al cererii, a capacităţii de modificare a interacţiunilor patogene, dar şi a gradului de motivaţie a copilului, şi mai ales al părinţilor, a capacităţii lor de reflecţie şi de reelaborare între întâlniri a ceea ce s-a spus, a toleranţei lor la o anumită frustrare şi la o necesară lentoare a oricărui travaliu psihodinamic: astfel, anumite familii, sub presiunea unor persoane externe (profesor, asistentă socială), adresează cereri de consultaţii urgente cărora nu li se dă nici o urmare deoarece răspunsul şi eficacitatea terapeutică nu se prezintă la fel de imediat.

La sfîrşitul acestor întâlniri de evaluare, eventual ajutaţi de investigaţii mai specifice în anumite sectoare (evaluare psihomotorie sau ortofonică, teste psihologice de nivel sau de personalitate, evaluare piagetiană a funcţionării cognitive, bilanţ al achiziţiilor şcolare, investigaţii organice particulare: auz, EEG etc.), sinteza acestor informaţii disparate permite o primă ipoteză de diagnostic asociată cu o reflecţie asupra posibilităţilor terapeutice.

Atunci, pentru echipa terapeutică tentaţia de a se pune în poziţia de instanţă de decizie atotputernică şi de a neglija mai mult sau mai puţin diversele constrângeri care se opun acestei decizii (constrângeri materiale, sociale, rezistenţe psihice etc.) este mare. Totuşi, munca pedopsihiatrului se referă întotdeauna la conflicte, fie că este vorba de un conflict intern intra-individual, de un conflict familial interindividual sau de un conflict social intergrupal. Acelaşi pedopsihiatru trebuie deci să ştie că orice demers terapeutic nu poate fi decât un compromis conflictual între ceea ce ar fi ideal şi ceea ce este posibil. Astfel, înainte de a lua o decizie terapeutică, este necesară o reflecţie atentă asupra cazului acestui copil anume, a familiei sale şi a contextului său social, reflecţie care îşi dă drept obiectiv să precizeze:

- ceea ce ar fi ideal;
- limita dincolo de care orice acţiune terapeutică e nulă şi neavenită;
- ceea ce este în sfârşit posibil.

În alţi termeni, pe plan terapeutic, e important să evaluezi idealul, indispensabilul şi posibilul. Când posibilul se situează între indispensabil şi ideal, nu există o problemă majoră; rolul întâlnirilor de investigaţie constă de altfel nu doar într-o evaluare semiologică şi psihodinamică, dar şi în a face astfel încât posibilul să se apropie de ideal şi să se îndepărteze de indispensabil. Este în parte ceea ce numeroşi asistenţi sociali numesc „pregătirea parentală“ la abordarea terapeutică.

Imposibilitatea de a alege abordarea terapeutică ce ar părea a fi cea mai apropiată unui caz particular ţine de factori multipli. Unii sunt independenţi de buna-credinţă a copilului, părinţilor sau terapeutului: de exemplu, lipsa unei distanţe rezonabile de un spital de zi, mediu extern social foarte defavorabil. Alţii depind de rezistenţe specifice: refuzul părinţilor pentru o abordare alta decât strict simptomatică, context puţin propice temporar: de exemplu, dificultatea oricărei abordări psihoterapeutice la sfârşitul perioadei de latenţă (11-13 ani).

Indispensabilul reprezintă nivelul sub care acţiunile zise terapeutice nu au alte roluri decât să servească de cauţiune copilului sau familiei sale pentru ca nimic să nu se schimbe. Aceasta riscă să ducă la acele „luări în îngrijire interminabile" sau la acele „reeducări pe viaţă", în care copii şi terapeuţi se plictisesc ... de moarte, pentru că orice proces vital a secat deoarece esenţialul nu poate fi spus sau măcar abordat.

Una dintre chestiunile cele mai delicate priveşte evident cazurile în care posibilul se situează sub limita indispensabilului. Această situaţie se observă fie pentru că interacţiunile familiale sunt atât de patogene şi fixate încât orice modificare într-un interval rezonabil este exclusă, fie pentru că copilul şi/sau familia sunt deschis ostile la orice propuneri terapeutice care le sunt făcute. Trebuie atunci să luăm în considerare soluţii care fac să intervină fie o separare familială (plasament instituţional sau familial), fie o măsură mai mult sau mai puţin coercitivă (măsură educativă în mediu deschis: EMO).

3. — CONSULTAŢIA TERAPEUTICĂ

Înaintea oricărei alegeri terapeutice pe termen lung, Winnicott a pus în valoare într-un mod foarte fericit importanţa pe care ar putea să o prezinte primele întâlniri cu copilul: este ceea ce el a numit „consultaţia terapeutică". În cursul acesteia, munca consultantului constă înainte de orice în a permite stabilirea unui climat favorabil, graţie căruia copilul şi consultantul ar putea să se întâlnească într-un schimb relaţional. Acest schimb relaţional permite copilului să se descopere şi să-şi exprime spontan dificultăţile.

Winnicott insistă asupra refuzului de a folosi orice dogmatică şi orice tehnică rigidă: persoana consultantului trebuie să fie complet disponibilă pentru a sesiza ceea ce se întâmplă. Jocul „squiggle" (jocul mâzgălelii) nu este altceva decât această disponibilitate şi această potenţialitate de surpriză mutuală. Pe rând, consultantul şi copilul schiţează pe o foaie de hârtie *un squiggle* plecând de la care celălalt trebuie să „inventeze" o formă semnificativă. Plecând de aici copilul poate să-şi exprime dificultăţile: „*este aproape ca şi cum prin desene copilul ar merge alături de mine şi, până la un anumit punct, ar participa la descrierea cazului*".

Această capacitate de a se căuta şi de a se descoperi provine de la ecoul retrimis de consultant pornind de la aşteptările şi speranţele copilului şi ale familiei sale. „*Cele mai bune indicaţii sunt cele ale copiilor ai căror părinţi mi-au acordat încrederea lor înainte de întâlnire*". „A stabili o comunicare" constituie obiectivul principal al acestor consultaţii terapeutice ale căror efecte ar putea fi prelungite dincolo de spaţiul consultaţiei însăşi şi ar putea fi reluate de către părinţi: „*schimbările apărute în comportamentul copilului ar putea fi utilizate de părinţi*".

Totuşi, Winnicott subliniază limitele acestor consultaţii terapeutice. Pe lângă motivaţia parentală, aceste consultaţii nu aduc nici o binefacere „*dacă copilul regăseşte o familie anormală sau o situaţie socială anormală*" (subliniat de Winnicott). La fel, când consultantul presimte existenţa mai multor probleme (supradeterminarea unei conduite), este necesară o abordare terapeutică mai în profunzime.

În eventualităţile favorabile, aceste „consultaţii terapeutice" reprezintă echivalentul întâlnirilor de investigare preconizate la începutul acestui capitol. Într-un procent non-neglijabil de cazuri, aceste întâlniri permit copilului şi familiei sale să descopere sensul unei conduite, să amenajeze un spaţiu relaţional mai puţin perturbat şi apoi să reia un comportament normal.

Totuşi când fixaţiile patologice sunt vechi, când simptomul este supradeterminat sau când dinamica familială apare complexă şi difuză, este necesar să angajezi acţiuni terapeutice pe termen mai lung, punându-se atunci problema alegerii terapeutice.

BIBLIOGRAFIE

CHILAND C.: *L'enfant de six ans et son avenir.* PUF éd., Paris, 1973, 1 vol.

DIATKINE R., SIMON J.: *La psychanalyse précoce.* PUF éd., Paris, 1972.

DIATKINE R.: Propos d'un psychanalyste sur les psychothérapies d'enfants. *Psychiatrie de l'Enfant,* 1982, 25, 1, 151-177.

LEBOVICI S., DIATKINE R.: Le concept de normalité et son utilité dans la définition du risque psychiatrique. *In:* ANTHONY E.J., CHILAND C., KOUPERNIK C.: *L'enfant à haut risque psychiatrique,* PUF éd., Paris, 1980, 29-43.

WIDLOCHER D.: *Thérapeutique en pédopsychiatrie.* EMC Paris, 1970, Pédiatrie, 4101, S.10.

WIDLOCHER D.: Genèse et changement. *Al 40-lea congres al psihanaliştilor de limbă franceză,* Barcelona, mai 1980, PUF, Paris, 1980.

WINNICOTT D.W.: *La consultation thérapeutique de l'enfant.* Ed. Gallimard, Paris, 1971.

29 ALEGERILE TERAPEUTICE

Alegerile terapeutice în pedopsihiatrie sunt aparent complexe dacă considerăm multiplicitatea tehnicilor terapeutice propuse, a cadrelor instituţionale existente, a teoriilor etiopatogenice subiacente. În realitate, diversele alegeri posibile se bazează înainte de toate pe marile opţiuni terapeutice pe care este esenţial să le avem în minte: menţinerea sau nu a relaţiilor obişnuite ale copilului, abordarea centrată asupra simptomului sau a structurii.

Menţinerea, reparaţia sau restaurarea relaţiilor obişnuite ale copilului. — Sunt toate terapiile care se derulează fără modificarea fundamentală a cadrului de viaţă al copilului. În acest context, esenţialul acţiunii terapeutice poate atunci să se orienteze fie asupra copilului însuşi, fie asupra totalităţii structurii familiale.

1) Când alegerea terapeutică se centrează pe copil, această alegere se orientează atunci în jurul a două axe prezentate prea frecvent ca alternative incompatibile şi ireconciliabile:

– acţiunea asupra conduitei simptomatice prin reeducări diverse, o pedagogie adaptată, o abordare medicamentoasă etc.;

– acţiunea asupra structurii psihopatologice subiacente printr-o terapie analitică sau derivatele sale.

2) Alegerea terapeutică poate de asemenea să se centreze asupra interacţiunilor şi/sau dinamicii familiale într-un mod exclusiv sau complementar abordării terapeutice a copilului.

Stabilirea unui nou cadru de viaţă. — Diverse terapii instituţionale, internat, plasament familial specializat, cămin pentru adolescenţi etc. Nu pretindem să fim exhaustivi aici; ne vom limita la principalele indicaţii terapeutice. De asemenea, în ceea ce priveşte tehnica proprie fiecărui terapeut, trimitem cititorul la lucrările specializate pe un tip sau altul de tehnică.

1. — TERAPIILE SIMPTOMATICE

Regrupăm aici diversele terapii care au drept obiectiv imediat reducerea unei conduite considerată deviantă, atingând în general o funcţie instrumentală, prin intermediul a diverse tehnici centrate pe relaţia dintre terapeut şi copil, dar fără ca natura legăturii relaţionale să fie explicitată. În termenii tehnicii psihanalitice, aceasta înseamnă că transferul şi contra-transferul nu sunt abordate. În schimb, relaţia care se stabileşte între cei doi protagonişti rămâne întotdeauna, *in fine*, oricare ar fi tehnicile particulare luate în considerare, veritabilul motor al progreselor. Aceasta înseamnă că personalitatea reeducatorului, capacitatea sa de a se adapta la un copil sau altul, empatia sa, susţinerea sa călduroasă, joacă aici un rol fundamental. Nu există terapie de reeducare care să poată avea un rezultat bun într-un climat de constrângere, de opoziţie sau de răceală tehnică.

Intervenţia centrată pe conduita simptomatică nu trebuie neglijată la copil din cauza rolului potenţial patogen al acesteia (v. cap. 28, 1.1.). Abordarea terapeutică a simptomului este indicată atunci când acest simptom pare relativ izolat, fără semne de suferinţă nevrotică sau psihotică asociate; când el afectează una dintre marile funcţii instrumentale a cărei distorsiune ar suscita inevitabil noi tulburări ale acestei funcţii şi totodată ale ansamblului personalităţii; sau când apare ca un fel de sechelă comportamentală, adevărată urmă ontogenică a unui nivel de maturaţie actualmente depăşit. Aceeaşi abordare terapeutică este utilă când simptomul, prin caracterul sau prin intensitatea sa, pare să afecteze dezvoltarea celorlaltor linii de maturaţie sau când abordarea sa psihoterapeutică se dovedeşte deosebit de dificilă (unele dispraxii). În sfârşit, trebuie uneori să te limitezi la această modalitate de tratament şi să renunţi la o psihoterapie când mediul pare fie ostil, fie nemotivat, fie chiar incapabil să însoţească copilul în elaborarea sa psihologică.

Astfel, aceste terapii centrate pe conduită urmăresc întotdeauna o dublă finalitate: să acţioneze pe tulburarea instrumentală şi să permită reluarea unei dezvoltări armonioase a funcţiei, să suprime sau cel puţin să atenueze efectul acestei tulburări asupra ansamblului personalităţii. **Durata lor** trebuie să facă obiectul unei reevaluări regulate: în aceste condiţii corect definite, o terapie centrată pe simptom durează câteva luni, cel mult un an şcolar. Când efectele benefice nu apar, alegerea indicaţiei trebuie rediscutată. În general, problemele de structură psihopatologică sau de organizare patologică familială explică această rezistenţă şi justifică un alt tip de abordare.

1.1. — REEDUCĂRILE ORTOFONICE

Reeducare a tulburărilor limbajului vorbit, de la simpla tulburare de articulare până la întârzierile masive de dezvoltare a vorbirii ducând la surdomutitate, reeducare a cititului şi/sau a ortografiei, scopul acestor diverse tehnici este de a lega sistemul de comunicare slăbit cu un sistem de reprezentare substitutiv temporar gestual sau senzorial: gest, percepţie tactilă, asociaţie fonematică etc. Abordarea terapeutică a diverselor tulburări ale limbajului a fost evocată succint în capitolul consacrat psihopatologiei limbajului.

1.2. — REEDUCĂRILE PSIHOMOTORII

Ele vizează să modifice funcţia tonică, statică şi dinamică astfel încât copilul să-şi organizeze mai bine comportamentul gestual în timp şi spaţiu. Aceste reeducări folosesc fie tehnici suple (jocuri cu mingea, cu apa...), fie tehnici mai codificate cu exerciţii gestuale definite.

Oricare ar fi tehnica, utilizarea de diverse ritmuri vizează să integreze necesara secvenţă temporală inerentă oricărei gestualităţi aşa cum referinţa explicită la schema corporală vizează să integreze necesara secvenţă spaţială inerentă aceluiaşi gest.

Aceste tehnici psihomotorii sunt larg utilizate la copilul mic, mai ales înainte de apariţia limbajului. Dispraxia, neîndemânarea gestuală, instabilitatea şi hiperkinezia sunt indicaţiile esenţiale. Se utilizează uneori reeducări psihomotorii cuplate cu reeducări ortofonice în întârzierea de apariţie a limbajului, mai ales când se asociază cu tulburări ale organizării temporo-spaţiale. În sfârşit, ele se pretează bine la o posibilitate de terapie în grup mic (3, 4 copii), mai ales cu copiii mici (până la 4-5 ani).

La copilul în perioadă de latenţă sau la preadolescenţă, relaxarea este o tehnică terapeutică utilă.

1.3. — RELAXAREA

La jumătate de drum între reeducare şi abordarea psihoterapeutică, relaxarea vizează o modificare a stării tonice, printr-o relaţie mediată de corp şi reprezentările sale psihice: faza de relaxare tonică, întotdeauna esenţială, se obţine prin mobilizare pasivă (metoda Wintrebert) sau prin simplă palpare, asociată cu evocarea reprezentării mintale sugerate cu ajutorul unui cuvânt legat de segmentul de corp vizat (metoda Schultz). Relaxările vizează să reducă atitudinile de fond care împiedică frecvent realizarea praxică sau care se supraadăugă oricărei emergenţe de afect. Ele respectă frecvent o suită logică fondată pe explorarea diverselor segmente ale corpului, ale maselor musculare şi ale articulaţiilor, cu o conştientizare progresivă a stărilor tonice proprii fiecărui segment. Verbalizarea este limitată voluntar în cursul fiecărei şedinţe, astfel încât să fie evitată orice intelectualizare defensivă la sfârşitul şedinţei. Curele de relaxare durează în medie de la 5 la 6 luni; ele pot fi izolate sau asociate altor modalităţi terapeutice. Diversele tehnici de relaxare au fost reluate şi adaptate la copil de Berges şi Bounes.

Indicaţiile sunt destul de largi şi nu răspund la codificările mai riguroase ale reeducărilor ortofonice. Ele sunt indicate în tulburările psihomotorii (dispraxii, ticuri) dar şi în instabilitatea emoţională, crampe, tremurături emoţionale, bâlbâiala, unele strabisme.

1.4. — REEDUCĂRILE PSIHOPEDAGOGICE

Se regrupează sub această denumire un ansamblu de tehnici (pedagogie relaţională, pedagogie curativă, psihopedagogie etc.) care îşi propun drept scop, graţie amenajării relaţionale adaptate şi a unor exerciţii pedagogice apropriate, să palieze lacunele lăsate de procesul de învăţare şcolar obişnuit. Reeducările psihopedagogice privesc dificultăţile de învăţare a cititului sau a scrisului, a ortografiei, eşecul în a accede la primele noţiuni matematice, în sfârşit şi mai ales, eşecul şcolar mai mult sau mai puţin global. Sub acest eşec şcolar, se descoperă de obicei un mozaic de lacune localizate la niveluri de cunoştinţe teoretice foarte diverse, asociate cu dificultăţi psihologice secundare sau amplificate de acest eşec (reacţie de refuz sau de prestanţă, atitudine de covârşire şi de defetism, renunţare...).

Calitatea relaţiei stabilite de psihopedagog, o învăţare care nu se mai bazează nici pe o exigenţă a Supraeului, nici pe sancţiune, o pedagogie fondată pe schimb (joc pe rând) şi pe succese, tehnici atractive cu un suport concret larg (imagine, jeton, diverse jocuri de societate) acestea sunt trăsăturile principale ale acestor tehnici de reeducare. Ele îşi găsesc indicaţiile în eşecurile şcolare specifice sau nu, şi sunt uneori util asociate cu o psihoterapie când componenta nevrotică a eşecului e importantă sau când acest eşec are prin el însuşi un rol patogen.

1.5. — TERAPIILE COGNITIV-COMPORTAMENTALE

Utilitatea lor nu trebuie neglijată în abordarea terapeutică a copilului. Ele se bazează pe legile condiționării și ale învățării și au drept obiectiv să modifice comportamentele neadaptate: obișnuințele neadaptate sunt slăbite și eliminate (Wolpe). Această definiție corespunde nu doar condiționării pavloviene clasice (condiționare cu răspuns) ci și condiționării lui Skinner (condiționare operantă). Aceste terapii cognitiv-comportamentale sunt fondate pe teoriile învățării, care consideră că comportamentele sunt dobândite prin diferite modalități de condiționare. Ele părăsesc noțiunile de structură psihopatologică, de fixație, de regresie, într-un cuvânt, ansamblul funcționării psihice interne, pentru a nu se interesa decât de versantul exterior. Tehnicile terapeutice sunt variate: inhibiție reciprocă, provocarea de anxietate, condiționare operantă, aversiune...

Utilizate mai întâi la adultul nevrotic, îndeosebi fobic (terapie prin imersie sau expunere prelungită controlată), apoi la adultul psihotic (terapie instituțională cu „jetoane"), câmpul lor de aplicare începe să se întindă la pedopsihiatrie.

De mult timp, unele abordări terapeutice vechi utilizau tehnici de condiționare fără a fi explicitat aceasta în mod clar: să cităm în această direcție tratamentul enurezisului cu aparatul sonor, în care stimularea electrică între cele două fețe ale cearceafului (conducția datorată urinei) declanșează un semnal sonor sau o descărcare electrică ușoară: copilul se trezește de la începutul micțiunii, apoi după câteva nopți, înainte chiar de micțiune. Este vorba aici de o metodă tipică de condiționare aversivă. De asemenea, metoda caietului (v. cap. 8, 2.3.) poate fi asimilată unei condiționări operante.

Terapiile cognitiv-comportamentale au desigur domenii de aplicare posibilă în aceste diverse „obișnuințe comportamentale și mai ales motorii", unde semnificația primară a conduitei s-a șters progresiv pe măsură ce maturizarea ar permite o depășire a conflictului, dar lăsând să persiste urma comportamentală. Este cazul, de exemplu, al unor bâlbâieli sau al unor fobii. Aceste abordări au interesul să facă să dispară destul de repede o conduită simptomatică jenantă, dar lasă întreagă problema structurii psihologice subiacente.

Mai recente sunt terapiile comportamentale aplicate copiilor psihotici sau deficienți mintal ca și adolescenților marginali (psihopați, toxicomani, delincvenți). Dacă utilizarea tehnicilor de condiționare operantă pe bază de recompensă nu pune altă problemă decât teoretică, nu se întâmplă la fel și cu terapiile aversive, care pun și trebuie să pună utilizatorilor lor probleme etice în care finalitatea nu trebuie să scuze sistematic mijloacele. Se înțelege prin „terapie comportamentală aversivă" căutarea dispariției sau a extincției unei conduite cu ajutorul unei sancțiuni: diferența teoretică față de pedeapsă provine din faptul că sancțiunea este lipsită de caracter moral și de valoare relațională. Ea pretinde că se prezintă simplu ca o consecință „logică" a unui comportament deviant, de unde interesul de a codifica cât mai mult posibil catalogul comportamentelor care vor face obiectul unei condiționări aversive.

Metoda TEACCH (v. cap. 16, 10.3.), larg utilizată în țările anglo-saxone, începe să fie utilizată de câteva echipe în Franța; ea aparține acestui câmp al terapiilor cognitiv-comportamentale.

2. — TERAPIILE PSIHODINAMICE

S. Freud publică în 1909 „Analiza fobiei unui băiat de 5 ani" care constituie primul exemplu de aplicare la copil a tehnicii psihanalitice. A trebuit apoi așteptat anul 1920 pentru ca H. Hug-Hellmuth să descrie „tehnica analizei copiilor", introducând prin pozițiile sale teoretice asupra necesarei funcții educative a psihanalistului de copii dezbaterea dintre M. Klein și A. Freud în anii 1930-1940.

Foarte rapid într-adevăr, dincolo de dificultățile tehnice (ar înlocui jocul tehnica asociațiilor libere ale adultului?), dezbaterea trebuia să se centreze asupra unui punct teoretic crucial: procesul transferențial este oare posibil la copil? Dacă da, natura sa este ea identică cu cea a adultului și putem s-o analizăm?

În spatele acestor interogații se profilează rolul părinților, cu funcția lor educativă. Nevroza la copil este mult mai puțin frecventă decât nevroza la adult, „nevroza infantilă" funcționând mai mult ca un model al psihopatologiei adulte decât ca o realitate a clinicii copilului. Transferul unui copil pe terapeutul său este integral conținut în timpul prezent și se hrănește neîncetat din actualitatea și realitatea părinților săi, fără ca refularea, apoi efectul retroactiv al scenei traumatice să permită reelaborarea imaginilor parentale interne și eventuala constituire a unui nod nevrotic (v. în această privință discuția teoretică asupra nevrozei infantile și nevroza la copil, cap. 17, 2.1.).

M. Klein rezolvă problema declarând drept principiu că, de la naștere, copilul este pradă unui conflict intern: organizarea sa psihopatologică retrimite la acest conflict arhaic. Travaliul terapeutic în analiza unui copil are drept obiect nevroza infantilă. Pentru M. Klein conflictul intrapsihic apărut încă din aurora vieții retrimite la imaginile parentale fantasmatice. Jocul permite punerea în scenă a conflictelor și a fantasmelor, punere în scenă care fondează transferul însuși: într-adevăr, terapeutul este și el obiectul unei relații fondate pe o fantasmă inconștientă care retrimite la imaginile parentale arhaice interiorizate.

A. Freud susține, în ceea ce o privește, că o parte din tulburările copilului nu răspund unui conflict interiorizat, ci unui conflict de adaptare, și că *a priori* copilul nu are nici un motiv să se încreadă într-un străin mai mult decât în

proprii săi părinți pentru a rezolva dificultăți: o fază inițială de seducție sau mai simplu de învățare este necesară.

Aceste dispute istorice sunt cert depășite, dar reamintirea lor pe scurt este necesară pentru a sesiza mai bine diversele tehnici terapeutice și implicațiile lor teoretice. Într-adevăr, continuă să se opună partizanii unei interpretări rapide a nivelului cel mai inconștient al conflictelor cele mai arhaice și partizanii mai ortodocși ai unei interpretări care merge de la nivelul superficial conștient la nivelul inconștient al conflictelor.

Totuși, pe planul teoretic, psihanaliza sau metodele care se apropie de ea (psihoterapia psihanalitică, psihodrama psihanalitică) au drept scop să aducă la conștiință originea conflictelor și a conduitelor simptomatice, pe măsură ce ele apar și se reproduc în cursul ședințelor, apoi de a da copilului mijloacele de a elabora mai bine, de a-și rezolva și/sau tolera conflictele. În raport cu adultul, psihanaliza copilului pune o problemă teoretică, cea a transferului, și o problemă de tehnică, cea a modului de comunicare dintre adult și copil.

2.1. — TRANSFERUL LA COPIL

Depășind opoziția dintre M. Klein și A. Freud, trebuie să recunoaștem că un transfer există totuși la copil, fără a exercita neapărat o atitudine de seducție, dar că acest transfer nu poate fi asimilat cu nevroza de transfer (sau chiar psihoza de transfer) a adultului. Prezența fizică a părinților, apariția de conflicte inevitabile de dezvoltare (conflict oedipian, conflict de adolescență) sau a unei circumstanțe externe traumatice (separare) dau copilului o latitudine mai mică în raport cu organizarea sa psihică internă. Frecvent, copilul reproduce mai întâi în transfer o relație și sentimente analoge cu ceea ce se produce în realitatea actuală. Atitudinea terapeutului, diferită de sistemul de interacțiune familială care acordă copilului un loc aparte, va permite acestuia din urmă, grație interpretărilor progresive, să recunoască proiecția conflictelor sale și apoi să le analizeze. Unii copii par de altfel să perceapă foarte repede natura foarte diferită a relației care le este propusă și sunt capabili să se angajeze foarte repede într-o relație apropiată de cea observată în analiza adultului.

Natura intervențiilor și a interpretărilor de transfer diferă în funcție de terapeuți. Unii, urmând recomandările lui M. Klein, intervin foarte repede asupra sensului inconștient al producțiilor copilului (joc sau desen), alții, urmând-o pe A. Freud, preferă să se limiteze la interpretarea doar a sensului preconștient al producțiilor sale, pe măsură ce semnificația lor transferențială devine mai evidentă, respectând în sens invers evoluția genetică (mergând de la preconștient la inconștient, de la nivelul oedipian spre nivelul arhaic, de la genital la pregenital etc.). În sfârșit, alții se feresc de orice intervenție directă asupra materialului adus de copil, considerând că simpla acceptare de către terapeut a conflictului copilului, răspunsurile lui la nivelul jocului care arată înțelegerea sa, comentariul său cu privire la desenele făcute în timpul ședinței, sunt suficiente, dacă nu să dezvăluie sensul inconștient al conflictului, cel puțin să-l reintroducă în Eul copilului și să autorizeze reluarea dezvoltării.

În toate cazurile, părinții pot, prin atitudinea lor inadecvată, să se opună travaliului de elaborare al copilului lor, sau să nu îi înțeleagă natura (astfel, în timpul primelor intervenții apar unele agravări tranzitorii ale simptomelor care traduc întărirea rezistențelor). O relație terapeutică cu părinții este în majoritatea cazurilor de dorit, dacă nu chiar indispensabilă (v. paragraful următor: abordarea terapeutică centrată pe familie).

2.2 — MODALITĂȚILE DE COMUNICARE

Foarte rapid tehnica asociațiilor libere a apărut ca neadaptată pentru copii. Aptitudinea de a comunica este un obstacol suplimentar deoarece comunicarea adevărată dintre copil și adult nu trece doar prin limbaj, aceasta cu atât mai mult cu cât copilul este mai mic. Terapeutul trebuie deci să cunoască nivelele de maturizare, mijloacele de expresie privilegiate în funcție de vârstă; el va trebui să fie familiarizat cu „lumea copilului", cu particularitățile sale de limbaj, nivelul său de înțelegere etc. A stabili o comunicare nu rezumă desigur procesul terapeutic însuși. Widlöcher denunță pe drept această confuzie: *„sunt confundate două planuri: aptitudinea la a comunica și travaliul psihoterapeutic însuși"*. Totuși, stabilirea unui cadru adecvat în care copilul să poată comunica cu adevărat cu adultul reprezintă primul timp al oricărui demers terapeutic: este de fapt ceea ce Winnicott numește „consultația terapeutică".

Pe planul practic, amenajările sunt multiple: ni se pare esențial să lăsăm copilului alegerea modului său de comunicare privilegiat, dar să evităm jocurile prea sofisticate sau realiste care l-ar închide într-o repetiție sterilă a lumii realității. În materie de psihoterapie, supraabundența jocurilor și jucăriilor este la fel de nefastă (chiar mai mult) ca absența oricărui material. În ceea ce ne privește, încercăm să prezentăm materialul citat în tabelul XII; această listă dată ca simplu exemplu nu este nici exclusivă, nici limitativă. Frecvent se dovedește că după primele ședințe copilul adoptă un tip de material și îl conservă pe tot parcursul terapiei.

TABELUL XII. — *Exemplu de listă de materiale în psihoterapia copilului.*

Coli albe, creioane negre şi colorate, carioca colorate.
O linie, o gumă.
O pereche de foarfece, un ghem de sfoară, un tub cu lipici, un rulou de Scotch.
Plastilină.
Câteva maşini mici, câteva păpuşi nu prea mari şi/sau mici figurine.
Câteva elemente de serviciu de masă, un biberon.
Câteva animale sălbatice şi de fermă, cele mai cunoscute.
Cuburi de lemn.
Patru sau cinci marionete.

La începutul terapiei, recomandările copilului trebuie să fie formulate într-o manieră clară, dar nu ambiguă. Asociaţia liberă rămâne principiul de bază al terapiilor de inspiraţie analitică. Tinerii terapeuţi fac eroarea frecventă de a propune copilului „aici tu poţi să faci ceea ce vrei". O asemenea formulare pune prea mult în valoare „a face", punerea în act şi reprezintă o incitare la trecerea la act. Copilul nu uită niciodată la prima limitare fizică (când de exemplu se apleacă periculos pe fereastră) să amintească: „dar mi-ai spus că pot face tot ce vreau". Cu valoare de indicaţie, formularea liberei asociaţii se poate face astfel: „începând de azi, ne vom întâlni regulat; când vom fi împreună, vei putea spune tot ce gândeşti. Poţi să spui aceasta de asemenea desenând sau jucându-te. Împreună vom încerca să înţelegem ce se-ntâmplă în tine". O asemenea formulare insistă asupra valorii limbajului şi arată de la început că jocul sau desenul vor fi auzite ca echivalente. Terapeutul va fi apoi mai liber să limiteze trecerile la act ale copilului, interpretându-le dacă este necesar.

O atenţie cu totul deosebită trebuie acordată schimbărilor bruşte ale modurilor de comunicare a copilului: trecere dintr-o dată de la desen la joc, întreruperea unui desen şi o nouă producţie pe spatele foii, schimbare inopinată a temei. Aceste rupturi, analoge cu opririle bruşte ale lanţului asociativ din discursul analizantului adult, traduc întotdeauna o emergenţă fantasmatică sau un conflict inconştient şi oferă terapeutului ocazia, prin interpretarea sa, a unui travaliu de legătură în producţiile copilului.

2.3. — AMENAJĂRI PRACTICE

Ideal, ritmul şedinţelor ar trebui să depindă de importanţa dificultăţilor, de capacitatea de elaborare a materialului analitic între şedinţe, de intensitatea rezistenţelor. Două până la trei şedinţe pe săptămână par a fi ritmul minim pentru a se stabili un travaliu real de psihoterapie analitică.

În Franţa s-a instaurat prea frecvent obiceiul de a propune o şedinţă pe săptămână. Numeroasele dificultăţi pentru a vedea un copil de mai multe ori pe săptămână, practica a numeroase terapii în dispensar au ajuns la acest compromis: acesta e uneori satisfăcător, unii copii angajându-se într-un proces transferenţial real, cu o capacitate uimitoare de a lega materialul de la o şedinţă la alta şi de a suprainvesti timpul şedinţei. În alte cazuri, acest ritm e prea spaţiat, merge prea mult în sensul rezistenţelor (mai ales în cazul inhibiţiei sau al pasivităţii): e important atunci ca terapeutul să aibă vigilenţa necesară pentru a adapta cadrul practic la necesităţile cazului clinic.

În ceea ce priveşte durata şedinţelor, fără a dovedi un formalism excesiv, ni se pare şi acolo că obişnuinţa unor şedinţe puţin mai scurte decât cu adultul (30 de minute) nu este întotdeauna justificată. În acest sens, vom reaminti că, pentru primii psihanalişti de copii, ca şi pentru adulţi, şedinţa dura o oră.

O modalitate de amenajare particulară este reprezentată de **psihodrama psihanalitică**: este vorba de o tehnică de punere în joc şi în mimă a unui scenariu imaginar propus de un copil. În fiecare şedinţă, copilul primit de animator (care cel mai frecvent nu joacă) propune un scenariu, distribuie rolurile, îşi alege unul (este preferabil ca el să nu îşi joace propriul rol, ci ca acesta să fie jucat de un altul). Sunt astfel puse în scenă două–trei teme în fiecare şedinţă, teme întrerupte de către animator. Interpretările sunt făcute fie de către actorii-terapeuţi sub acoperirea jocului însuşi, fie de către animator după întrerupere. Este vorba de o metodă deosebit de mobilizatoare, utilă când expresia verbală în faţă-n-faţă este afectată fie de inhibiţie, fie de dificultatea de a stăpâni un raport de tip adult. Astfel, psihodrama este probabil una dintre tehnicile cele mai favorabile pentru abordarea copiilor la sfârşitul perioadei de latenţă sau în preadolescenţă (între 11 şi 14 ani), la o vârstă la care terapia prin joc este refuzată şi la care dialogul în faţă-n-faţă întăreşte procesele de inhibiţie.

2.4. — INDICAŢIILE ŞI CONTRAINDICAŢIILE TERAPIILOR ANALITICE

Indicaţiile sunt largi, ele nu se bazează pe conduitele simptomatice, ci pe dinamica conflictuală subiacentă. Primele indicaţii priveau copiii confruntaţi cu conflicte la nivel oedipian. Acestea sunt în continuare cazurile cele mai favorabile. Ulterior, am asistat la o extensie spectaculoasă a indicaţiilor în aşa măsură încât nu mai există practic simptome sau mai ales structură psihopatologică pentru care să nu fi fost propusă o abordare psihanalitică. Dacă e evident că orice copil poate, teoretic, să beneficieze de o terapie analitică şi că, în consecinţă, indicaţiile şi contraindicaţiile nu îşi au locul la nivelul copilului însuşi, în schimb este tot

atât de evident că, în acelaşi timp, sunt trasate limite importante datorită constrângerilor practice şi condiţiilor de mediu extern necesare bunului mers al unei cure.

Limitările practice

Cura analitică sau psihoterapia de inspiraţie analitică este o terapie lungă, care impune un ritm de şedinţe destul de ridicat; în majoritatea cazurilor efectele sale nu se fac simţite decât progresiv. De aceea, înainte de a întreprinde un astfel de tratament, trebuie să ne asigurăm dinainte că condiţiile materiale nu vor fi o sursă de obstacole insurmontabile (depărtarea excesivă de locul terapiei, copil prea mic pentru a veni singur şi părinţi nu îndeajuns de disponibili pentru a-l însoţi etc.). În plus, e preferabil să păstrăm indicaţia curelor analitice pentru conflictele psihice interne deja destul de solid structurate. Unele abordări terapeutice mai uşoare au un efect simptomatic benefic destul de rapid şi permit astfel o reluare a dezvoltării pe care conduita simptomatică putea să o împiedice. Din aceste motive, pot fi preferate reeducări ortofonice, psihomotorii sau psihopedagogice.

Limitările şi contraindicaţiile datorate mediului

Dacă nu există contraindicaţie la nivelul copilului însuşi, aceasta poate să existe la nivelul anturajului, mai ales la părinţi. Opoziţia deschis exprimată faţă de o terapie analitică trebuie să ne facă să amânăm orice decizie, chiar dacă opoziţia vine de la un singur părinte: în general, acest dezacord asupra modalităţilor de tratament maschează un conflict parental. Copilul luat în psihoterapie analitică în aceste condiţii are toate şansele de a fi plasat, din cauza acestui tratament, în însuşi sânul conflictului, într-o poziţie neinterpretabilă şi neelaborabilă.

O altă contraindicaţie provine din interdicţiile parentale: părinţii pot să-i interzică terapeutului să utilizeze informaţiile pe care i le-au comunicat, mai ales cele privitoare la filiaţie.

Uneori părinţii îi interzic copilului să comunice terapeutului un secret familial (membru al fratriei bolnav sau situaţie socială neobişnuită etc.). În toate cazurile, interdicţia de a exprima liber aceste conflicte sau de a le da liber o interpretare face ca procesul analitic să fie vid de sens şi de efect, să ajungă la o parodie mai mult nefastă decât utilă. Dacă în primul caz terapeutul cunoaşte de la început condiţiile defavorabile, el poate în schimb să rămână ignorant asupra unei interdicţii de a spune care-l apasă pe copil: terapia ajunge atunci într-un impas. Contează să-l reperăm cât mai repede cu putinţă.

În sfârşit, fără a constitui o contraindicaţie veritabilă, unii părinţi incapabili să vorbească în numele lor propriu, fac din copil mesagerul conflictului lor. Este cazul părinţilor narcisici ai căror copii-simptome reprezintă o proiecţie a problematicii lor; într-un grad mai avansat, este şi cazul incluziunilor cvasi-delirante între adult şi copilul său (cel mai frecvent mama care foloseşte copilul ca obiect parţial).

Diatkine, încercând să analizeze rezistenţele din partea parentală, subliniază că riscăm să conducem copilul într-o poziţie de nesuportat:

– „dacă părinţii nu au sentimentul că copilul există în calitate de persoană autonomă;

– dacă ei nu au sentimentul că ei înşişi au un psihism inconştient;

– dacă ei nu sunt capabili să utilizeze această cunoaştere altfel decât pentru a respinge copilul".

În acest caz copilul ajunge repede să dezinvestească psihoterapia analitică, sau să se roage de părinţii săi pentru o întrerupere (plângându-se de exemplu de spusele analistului) sau, când investiţia în terapie e puternică, să găsească un compromis satisfăcător pentru el însuşi: repetă aceleaşi producţii de la o şedinţă la alta.

În toate cazurile în care apare o „contraindicaţie" din partea parentală, consultantul va încerca să găsească soluţii intermediare de la abordarea terapeutică a copilului singur, şi/sau a părinţilor singuri, până la abordarea familiei în ansamblul său. De la simpla consiliere parentală până la terapia pentru părintele însuşi, evantaiul propunerilor trebuie să se adapteze la nivelul fiecărei patologii relaţionale, să ţină cont de intensitatea rezistenţelor, dar refuzând să meargă dincolo de compromis în ceea ce ar deveni o compromitere.

3. — PSIHOTERAPIA MAMĂ–COPIL

Winnicott, în Anglia, A. Doumic şi P. Male, în Franţa, au abordat problema psihoterapiilor şi a copilului mic, frecvent la o vârstă preverbală: aceşti autori acordă o mare importanţă restaurării relaţiei mamă–copil graţie regresiei induse la copil de atitudinea psihoterapeutului şi a reparaţiei materne. Pentru S. Daymas *„este vorba despre o terapeutică reparatorie, regresivă, în sensul unei regresii temporale cât mai aproape de echipamentul copilului, de trăirea sa şi deci de mediul său"*.

3.1. — ORGANIZAREA MATERIALĂ

Şedinţele sunt săptămânale sau bisăptămânale, în prezenţa regulată a copilului şi a mamei. Tatăl poate, la cererea sa, să asiste la unele şedinţe sau să o înlocuiască

uneori pe mamă momentan indisponibilă. Camera trebuie să fie identică, locul persoanelor destul de fix, mai ales al mamei care îndeplinește funcția de referent stabil. Copilul trebuie să aibă la dispoziția sa seria obișnuită de jocuri, o sursă de apă dacă este posibil. Un loc spațios este indispensabil.

3.2. — FUNCȚIA TERAPEUTULUI

Ea este dublă, cu copilul și cu mama. Cu copilul, rolul terapeutului este de a-l însoți într-un comentariu al conduitelor sale, ca un fel de eu auxiliar sau de baliză externă a realității, dar și să-l replonjeze pe copil cât mai aproape de lumea senzorialității. Limbajul terapeutului învelește astfel conduitele copilului: este un limbaj de „doică" (Doumic), o repetiție litanică făcută din cuvinte simple, direct accesibile, încărcată de cuvinte apropiate de corp. Comentariul părților corpului în fața oglinzii, observațiile asupra gustului, mirosului, atingerii, vederii, auzului, sunt abundente. Male și Doumic insistă asupra necesarei lentori a terapeutului: gesturile sale, cuvântul său, comprehensiunea sa chiar trebuie să fie lente, să respecte ritmul propriu copilului; repetițiile, reluările, ritmia și melodia invită astfel la o regresie temporală și structurală la primele stadii preverbale.

Cu mama, terapeutul nu are o legătură directă manifestă. Discursul său se adresează înainte de toate copilului, dar este evident că mama îl primește și ea. Un element tehnic este esențial: tot ceea ce privește relația agresivă se focalizează pe relația copil–terapeut, tot ceea ce privește relația libidinală se focalizează pe relația mamă–copil: „ești supărat pe mine pentru că nu am lapte bun", dar „când erai mic, beai laptele mamei tale". Acest clivaj desigur artificial îi permite totuși copilului să-și recunoască ambivalența, și mamei să se simtă restaurată în funcția sa maternă, de care ea se îndoia datorită comportamentului copilului. Această tehnică evită o frustrare excesivă maternă și polarizarea agresivității sale asupra terapeutului, care ar duce la o oprire a tratamentului. Mama resimte de asemenea valorizarea copilului său, accede la o parte din lumea sa fantasmatică și înțelege în parte cum se elaborează realitatea sa psihică.

În cazul specific al mamei cu nou-născutul său (Lebovici), terapeutul se adresează mamei, în timp ce aceasta ține copilul în brațe, în general. Rolul terapeutului este atunci de a lega două registre care evoluează frecvent alături: pe de-o parte, el reperează în discursul matern originea interacțiunilor fantasmatice interactive dintre această mamă și bebelușul său (v. p. 42), pe de altă parte, el reperează în schimburile relaționale pe care le observă în prezent raporturile frecvent evidente cu conținutul latent al discursului matern. În interpretările sale care se adresează preconștientului matern, terapeutul leagă secvența interactivă actuală de discursul care-l evocă pe bebelușul fantasmatic sau imaginar (v. infra).

Destinderea frecventă, atât la mamă cât și la nou-născut, care urmează acestei interpretări restaurează calitatea interacțiunii (mergând uneori până la impresia de a fi restabilit „dialogul tonic") și determină o ameliorare frecvent spectaculoasă a simptomelor. Aceasta se observă într-un fel deosebit de clar în cazurile de insomnie a nou-născutului.

3.3. — INDICAȚII

Ele sunt reprezentate de tulburările grave ale marilor funcții somatice: anorexie precoce, perturbări ale somnului, întârziere în apariția limbajului. Mai rar pentru tulburări care evocă un conflict psihic (fobie, angoasă) sau pentru un ansamblu de manifestări care determină temerea unei psihoze precoce. Limitele acestei tehnici terapeutice sunt frecvent aduse de copilul însuși. Într-adevăr, când abordăm organizarea fantasmatică legată de scena primitivă și/sau agresivitate în fața raporturilor sexuale parentale, nu rareori vedem copilul conducându-și mama în sala de așteptare sau lăsând-o acolo de la începutul ședinței. El se instalează atunci într-o terapie mai tradițională, chiar dacă de multe ori va avea încă nevoie să o viziteze pe mama sa pentru a se liniști, gratificând-o cu un cadou (desen). Este atunci de dorit ca părinții să fie văzuți regulat de un alt terapeut pentru a elabora ambivalența în fața terapeutului care le-a furat astfel copilul.

4. — TERAPIILE FAMILIALE

Întâlnirea cu părinții, chiar cu grupul familial lărgit (ansamblul fratriei, bunic etc.) este o necesitate cvasi-absolută în pedopsihiatrie și ar trebui să constituie un prealabil în majoritatea deciziilor terapeutice: câte psihoterapii de copii sau de adolescenți nu ajung la o ruptură prematură sau la un impas, câte reeducări nu se prelungesc interminabil fără ca simptomele să se modifice, câte întâlniri nu se repetă cu un părinte care, în timpul întregii discuții îl covârșește pe cel absent, pentru că s-a procedat la o analiză incompletă a dinamicii conflictuale a familiei, unul dintre membri a fost uitat sau dat la o parte, o conduită simptomatică a fost izolată arbitrar la nivelul unui individ în timp ce ea își are originea într-o fantasmă familială colectivă.

Noi am subliniat deja necesitatea, în cursul întâlnirilor de investigare, de a evalua funcția conduitei simptomatice, originea cererii familiale și locul suferinței psihice în dinamica familială. O întrebare suplimentară privește ansamblul familiei: de ce să fi ales acest moment pentru a veni la consultație? Această întrebare este

importantă în evaluarea echilibrului familial şi reprezintă frecvent primul punct de clarificat în cursul terapiei familiale.

Înainte de acestea, trebuie să distingem două tipuri de abordări familiale: prima nu reprezintă decât un complement al unei terapii centrate pe individ, cea de-a doua se preocupă înainte de toate de sistemul relaţional al familiei.

4.1. — ABORDĂRI FAMILIALE COMPLEMENTARE TERAPIEI INDIVIDUALE: PSIHOTERAPIE PARENTALĂ DE SUSŢINERE, CONSILIERE PARENTALĂ

Întâlnirea regulată cu părinţii se dovedeşte frecvent necesară atât pentru părinţi cât şi pentru copil, chiar pentru terapeut. În funcţie de vârsta copilului şi de tipul de terapie întreprinsă cu acesta din urmă, sunt posibile mai multe modalităţi:

- acelaşi terapeut pentru copil şi părinţi;
- terapeuţi diferiţi;
- discuţii cu părinţii în prezenţa copilului;
- discuţii cu părinţii în absenţa copilului.

Când este vorba despre o reeducare, acelaşi terapeut poate să întâlnească părinţii, având totuşi grijă ca aceştia să nu „invadeze" progresiv spaţiul şi locul copilului lor, şi să nu-l plaseze pe terapeut în poziţia de cenzor apropiat de poziţia învăţătorului (v. „Lecţiile de ortofonie" despre care vorbesc părinţii).

Când este vorba despre o psihoterapie, după părerea noastră, tehnica depinde de vârstă: cu copilul mic (mai puţin de 5-6 ani), acelaşi terapeut poate să-i vadă pe copil şi părinţi, eventual separat, dar de preferinţă împreună. Cu copilul în perioadă de latenţă, este preferabil ca un terapeut diferit să-i vadă pe părinţi. Cu adolescentul, întâlniri comune părinţi–adolescent–terapeut sunt posibile, dacă adolescentul este de acord, dar în toate cazurile ni se pare preferabil ca terapeutul să nu vadă niciodată părinţii în afara prezenţei adolescentului.

Rolul terapiei de susţinere este de a permite o atenuare a tensiunilor intrafamiliale şi a conflictelor centrate pe copil, fără a pretinde să modifice echilibrul nevrotic (sau psihotic) familial. Ascultarea regulată a părinţilor le permite să-şi atenueze culpabilitatea, să abordeze parţial ambivalenţa inevitabilă în raport cu terapeutul şi cu locul terapiei, să orienteze asupra persoanei terapeutului o parte din agresivitatea dirijată de obicei către copil, să evoce speranţele şi/sau frustrările datorate copilului, să tolereze mai bine mişcările afective determinate la acesta din urmă de terapie.

Un punct deosebit de dificil se referă la sfaturile pe care părinţii nu omit să le ceară în cursul acestui tip de terapie: experienţa arată că, în majoritatea cazurilor, familia revine la şedinţa care urmează unui sfat dat de terapeut fie după ce l-au urmat întocmai (dar i-au denaturat complet sensul), fie l-au uitat, fie demonstrându-i ineficacitatea. Pe scurt, sfatul este rareori satisfăcător. În acelaşi timp, majoritatea anchetelor care se ocupă de cele trăite de familii în timpul consultaţiei de pedopsihiatrie (Soulé) arată că primul element de insatisfacţie este: „nu ni s-a spus nimic".

Această atitudine contradictorie, să vrei să primeşti „sfaturi", dar să nu le urmezi, se înţelege uşor în lumina sentimentelor de frustrare şi de ambivalenţă intensă pe care le simt părinţii al căror copil este în mâinile „specialiştilor": plasându-se ei înşăşi în poziţie de solicitare infantilă în raport cu cel care ştie, ei revin la întâlnirea următoare satisfăcuţi să arate că el nu ştie mai mult decât ei, cu toate implicaţiile agresive sau de compensare narcisică pe care le conţine această constatare.

În acest mic joc al puterii şi contra-puterii dintre părinţi şi terapeut, acesta din urmă se va epuiza la fel de repede ca părinţii, în acelaşi joc ca între ei şi copilul lor... Sfaturile maschează în general o poziţie de dependenţă infantilă faţă de terapeut, poziţie de dependenţă care funcţionează cel mai frecvent ca o rezistenţă la adresa dezvăluirii adevăratelor surse ale conflictului. În acelaşi timp, o dezvăluire prea brutală riscă să trezească o angoasă excesivă, o reîntărire a poziţiilor caracteriale defensive şi finalmente o ruptură terapeutică: aceasta înseamnă că manierea unei psihoterapii de susţinere este mai complexă decât pare la prima vedere.

Într-adevăr, aşa cum răspunsul direct la cererea unui sfat se dovedeşte inutil, nu este de asemenea util să menţinem şi să urmăm o atitudine de frustrare totală. Ni se par esenţiale explicaţiile cât de detaliate posibil asupra naturii terapiei urmate de copilul lor, exemple anodine ce ilustrează maniera de a proceda. Desigur că aceste explicaţii pot alimenta rezistenţe conştiente, de exemplu prin intelectualizare. Dar e întotdeauna preferabil să informezi şi să formezi părinţii, să pariezi pe propria lor capacitate de înţelegere şi de progres, într-un cuvânt, să faci din ei aliaţi şi auxiliari încrezători şi colaboratori, decât să-i menţii în ignoranţă şi dependenţă.

În sfârşit, sfaturi pot fi date în faţa unor atitudini deosebit de inadecvate ale părinţilor, frecvent de altfel asupra unor aspecte despre care aceştia nu întreabă nimic. Trebuie atunci să te fereşti să intervii asupra unor aspecte vagi, asupra unei ambianţe relaţionale sau a unei interacţiuni conflictuale majore care în realitate sunt expresia conflictelor nevrotice cele mai fixate. În schimb, recomandări asupra momentelor precise ale unor conduite, propuneri de schimbare punctuală de rol când părinţii par susceptibili să o accepte, pot să destindă atmosfera şi să faciliteze mersul tratamentului copilului.

În anumite cazuri favorabile, aceste întâlniri de consiliere pot să-i conducă

pe părinţi la o conştientizare apoi la o reflexie asupra propriului lor conflict, ceea ce reprezintă un preludiu la o psihoterapie individuală. Două eventualităţi sunt posibile. Într-un prim caz, cererea este centrată asupra dificultăţilor relaţiilor cu copilul, chiar dacă aceste dificultăţi determină parţial conştientizarea propriilor conflicte oedipiene ale părintelui: este posibilă o psihoterapie individuală, în acelaşi centru de consultaţie (CMP) ca şi copilul. Sunt cazurile cele mai frecvente. Cea de-a doua eventualitate este mult mai rară: unii părinţi sunt capabili să se decentreze suficient din relaţia lor cu copilul şi să facă o legătură cu dificultăţile din alte sectoare ale vieţii lor. Este atunci preferabil să îi îndrumăm spre un terapeut total distinct de echipa terapeutică infantilă.

4.2. — TERAPIILE FAMILIALE

Acest cadru regrupează ansamblul terapiilor a căror acţiune se centrează nu pe individul desemnat ca bolnav de către grupul familial, ci pe ansamblul interacţiunilor care direcţionează schimburile dintre diverşii membri ai acestui grup.

Aceste terapii familiale se inspiră pe larg din teoriile sistemice (Bertalanffy, Brodey) care ele însele îşi au sursa în conceptele teoriei cibernetice. Într-adevăr, noţiunile de homeostazie, de retroacţiune, de buclă reglatoare, de *„feed-back“* pozitiv sau negativ sunt larg utilizate. Prin aceasta, ele diferă de cadrul conceptual al psihanalizei care îşi avea o parte din surse în teoriile energetice termodinamice sau mecanice.

Terapiile familiale au cunoscut primele lor succese în abordarea psihoticului: foarte repede într-adevăr, a trebuit să recunoaştem că este evident că terapia centrată doar pe bolnav avea toate şansele să ajungă la un eşec: în numeroase cazuri, această ruptură survenea într-un fel paradoxal exact în momentul în care starea pacientului părea să se amelioreze. Un studiu atent al contextului familial a arătat atunci că pacientul era prins într-o reţea de interacţiune astfel încât boala aparentă a individului părea necesară stabilităţii ansamblului.

Terapiile familiale se referă astfel la cadre epistemologice diferite, centrate nu pe individ ca înainte, ci pe sistem în ansamblul său şi pe modurile de comunicare dintre fiecare element al acestui ansamblu. Prin analogie, s-ar putea spune că în terapia familială teoria sistemică este echivalentul referentului structural şi teoria comunicării echivalentul referentului semiologic.

Teoria sistemelor

Ea se bazează pe câteva principii simple:

– principiul homeostaziei unui sistem: toate forţele tind către o situaţie de echilibru stabilă. Nivelul de anxietate globală a sistemului tinde să crească atunci când apare o ameninţare de dislocare sau de dezechilibru;

– necesitatea de a schimba tipurile de interacţiune pentru a regăsi un nou echilibru atunci când unul dintre membrii sistemului se schimbă: această noţiune a schimbării se opune principiului homeostaziei şi explică rezistenţa la schimbarea terapeutică.

Funcţia familială a bolnavului este într-adevăr de a păstra această homeostazie. Invers, creşterea copilului implică din partea familiei sănătoase o capacitate de schimbare în modalităţile sale de interacţiune, mai ales în timpul fazelor critice ale dezvoltării (naştere, oedip, adolescenţă, plecare a adultului...). Aceasta explică de ce abordarea ansamblului grupului familial se dovedeşte de dorit în pedopsihiatrie.

Teoria comunicării

Regulile care regizează interacţiunile dintre membrii ansamblului sunt fie explicite, fie implicite. Ele servesc la stabilirea şi la structurarea diferitelor roluri ca şi la decodarea mesajelor dintre diverşii membri. Teoriile comunicării (Watzlawick, Selvini...) se bazează pe patru principii:

– **o persoană în situaţie de interacţiune nu poate să nu comunice**: refuzul de a comunica nu este decât un tip aparte de comunicare. Orice comportament are valoare de comunicare;

– **orice mesaj cuprinde două canale distincte**: un canal digital este mesajul verbal; un canal analogic este mesajul neverbal (mimică, gest, postură, inflexiunea vocii etc.). Partea din mesaj conţinută de un canal poate fi în armonie cu cealaltă parte conţinută în cel de-al doilea canal, în dizarmonie sau chiar în contradicţie. Dizarmonia şi mai ales contradicţia acestor două nivele definesc comunicarea paradoxală sau în *„double bind“* (v. *Comunicarea în familia psihoticului*);

– **mesajul emis nu echivalează cu mesajul primit**: receptorul poate să nu primească decât o parte a mesajului, sau să utilizeze un sistem de decodare diferit de cel al emiţătorului. În special receptorul poate să fie deosebit de sensibil la canalul analogic (mimică, voce...) în timp ce emiţătorul nu este conştient decât de canalul digital (discursul însuşi);

– **comunicarea asupra comunicării (metacomunicarea) nu este posibilă decât dacă sistemul este deschis.** Această deschidere poate să provină fie dintr-o capacitate a fiecăruia dintre membri de a lua reculul necesar, fie din introducerea unui nou element incitant la metacomunicare (terapeutul). Fără această metacomunicare, sistemul rămâne închis şi reproduce indefinit acelaşi tip de interacţiune.

Nu este locul aici să descriem principalele tipuri de comunicare normale şi mai ales patologice (problemă de punctuaţie, escaladă simetrică, complementaritate rigidă şi mai ales comunicare paradoxală etc.), dar travaliul terapeutului sistemic constă mai întâi în a repera aceste tipuri de comunicare. Acest reperaj odată efectuat, trebuie să alegem cea mai bună tehnică pentru a crea o deschidere în sistem: deschidere dinamică atunci când membrii sistemului par să poată accede la un nivel de metacomunicare, deschidere constrângătoare atunci când terapeutul este confruntat cu un sistem atât de rigid încât este redus la a adopta deliberat acelaşi sistem interactiv patologic (este exemplul prescripţiei terapeutice paradoxale descrisă de M. Selvini).

Modalităţile şi indicaţiile terapiilor familiale sistemice

În practică, şedinţele terapiilor familiale trebuie să regrupeze toţi indivizii constitutivi ai nucleului familial, mai ales membrii fratriei şi bunicii, îndeosebi când trăiesc sub acelaşi acoperiş. Uneori un travaliu satisfăcător poate să se ocupe doar de nucleul redus (părinţi şi copil bolnav), dar introducerea unui nou membru este indispensabilă dacă el pare să joace un rol important în dinamica familială. Durata şedinţelor este variabilă. Unii terapeuţi convin de la început asupra unui număr maxim de şedinţe sau cel puţin de o rediscutare regulată a indicaţiei (după principiul „contractului" foarte utilizat în ţările anglo-saxone).

Conduita întâlnirilor cere din partea terapeutului familial o formare adaptată, care l-a făcut sensibil la diversele modalităţi de interacţiune, fiind în acelaşi timp el însuşi capabil să-şi controleze propriile canale de comunicare (digital şi mai ales analogic). Terapeutul familial trebuie să fie activ, adică să intervină, să întrerupă eventual vorbitorul, să redistribuie cuvântul unui alt membru: a lăsa să acţioneze dinamica spontană a grupului familial înseamnă într-adevăr să perpetuezi sistemul închis de interacţiuni. Chiar dacă aceste interacţiuni sunt încărcate de semnificaţii simbolice, acestea nu pot fi percepute de membrii grupului prins în acţiunea comunicării: rolul terapeutului familial constă în a permite membrilor grupului să descopere ei înşişi sensul simbolic al acestor interacţiuni, distribuind altfel comunicarea. Pentru a face astfel, terapeutul are interes să-şi centreze intervenţiile asupra receptorului mesajului şi să obţină ca acesta din urmă să-şi explice propriul sistem de decodare. Intervenţiile asupra emiţătorului (cel care vorbeşte sau a cărui comunicare analogică primează) riscă într-adevăr să aibă un efect „sălbatic" şi să fie utilizate sadic apoi de către ceilalţi membri ai familiei. Este frecvent preferabil să utilizăm un incident minor din viaţa cotidiană, decât o discuţie fără temă: în ceea ce priveşte acest incident minor, terapeutul va încerca să analizeze nivelul implicit de interacţiuni ascuns sub nivelul explicit şi să decodeze relaţiile de putere (cum este ierarhizat cuvântul în grup, cine punctează secvenţele...).

Indicaţiile sunt destul de largi şi nu au criterii limitative în afara constrângerilor materiale. Minuchin şi Selvini au dat indicaţii privilegiate pentru cazuri grave:
- copil psihotic;
- afecţiune psihosomatică gravă şi anorexie mintală;
- copil victimă a abuzului fizic.

În cazuri mai puţin grave considerăm că abordarea familială este de dorit în diverse condiţii:
- când simptomul copilului apare deosebit de fixat în pofida unui travaliu psihoterapeutic individual aparent satisfăcător;
- când aceste simptome eratice şi proteiforme se plimbă pe diverşi membri ai familiei: este îndeosebi cazul acelor familii în care cum un copil se simte mai bine, un altul se îmbolnăveşte;
- când modurile de comunicare familiale traduc patologii individuale pe registrul caracteropatiei şi al externalizării: izolarea unui membru din grup întăreşte caracteropatia celorlalţi, în timp ce membrul desemnat ca bolnav tinde să-şi externalizeze cât mai mult posibil suferinţa şi refuză orice terapie.

5. — PSIHOTERAPIILE DE GRUP*

În pedopsihiatrie sunt utilizate forme de grupuri foarte diferite; ele au toate scopuri terapeutice, dar fundamentele lor teoretice nu sunt întotdeauna clar explicitate. Nu vom aborda aici decât grupurile de inspiraţie psihanalitică ce manifestă o anumită coerenţă între obiectiv terapeutic, cadru (dispozitiv) şi teorie. Două mari poziţii teoretice se înfruntă în acest domeniu:
- psihoterapiile **în grup** care folosesc efectele grupului, ca stimularea fantasmatică şi reducerea rezistenţelor individuale, dar nu şi fenomenele de grup (frecvent sunt grupuri deschise, animate de un cuplu, iar interpretările sunt individuale). În acest caz, grupul deschis, din cauza reînnoirii participanţilor, trezeşte emergenţa de tematici oedipiene legate de rivalitate;
- psihoterapiile **prin grup** care folosesc mai ales fenomenele de grup (grup închis, mai degrabă un singur psihoterapeut, interpretarea fenomenelor de grup şi a reacţiilor individuale în faţa grupului). Travaliul în grup operează o regresie şi un efect de difracţie a transferului, care ia în calcul dimensiunea relaţională a fiecăruia, ca şi influenţa structurării grupului asupra vieţii interne a subiectului.

Dincolo de poziţiile teoretice, dispozitivul utilizat (păstrând în acelaşi timp aceleaşi referinţe teoretice) variază în funcţie de posibilităţile şi nevoile copiilor, adică esenţialmente în funcţie de vârstă şi patologie. Dar el este şi reflexia

* Paragraf scris de J. B. Chapelier, conferenţiar, UFR – Psihologie, Poitiers.

investiţiei terapeutului, a raportului său la grup cu tot ceea ce aceasta subînţelege drept componente personale şi instituţionale.

Înainte de a schiţa aceste diferite dispozitive, ni se pare important să reamintim mecanismele de grup care apar în grupurile de copii.

5.1. — MARILE MIŞCĂRI CARE STRUCTUREAZĂ GRUPURILE

Plecând de la un dispozitiv standardizat (grupuri închise de asociaţii libere fără mediatori, în latenţă), am putut (J. B. Chapelier şi P. Privat, 1987) să extragem liniile mari ale proceselor de grup generalizabile la un număr mare de grupuri de copii.

Crearea grupului şi fenomenele arhaice: după o primă perioadă în care conţinutul fizic este explorat şi încercat, copiii, într-un haos îngrijorător, folosesc acest înveliş comun pentru a unifica grupul care poate atunci să se lase antrenat în mari regresii, amplificând fenomenul de dezindividualizare în avantajul constituirii identităţii de grup. Această perioadă iniţială este foarte angoasantă pentru că grupul este traversat de fantasme arhaice de vid, de fragmentare în bucăţi şi de persecuţie difuză. Este momentul în care, în faţa acestor regresii, temerile sunt cele mai mari. Dar ceea ce este cel mai preocupant pentru membri grupului este ca acest risc de nediferenţiere să nu fie conţinut de un înveliş destul de solid. În această perioadă, ei îşi imaginează că aceste conflicte interne ar putea să determine o spargere a grupului şi pun la încercare la fel de mult conţinutul fizic (vorbesc tare, se deplasează, ating pereţii, solul...) cât şi capacităţile conţinătoare ale terapeutului.

Avatarurile obiectelor rele: se observă apoi o perioadă dificilă în care climatul este greu şi tensionat; membrii grupului caută să expulzeze „obiectele rele" sau mai exact, ceea ce generează o tensiune prea conflictuală şi haotică. Din acest moment, ei încep să caute un ţap ispăşitor care să poată conţine aceste gânduri rele. Ei caută printre ei acest ţap ispăşitor, până ce terapeutul îşi asumă la rândul său această funcţie. El este mai întâi exclus din grup: este momentul în care copiii îl lasă singur. El devine atunci rapid locul de proiecţie a tot ceea ce îi supără (astfel, poate să fie desemnat ca pubelă, loc de descărcare a gunoiului...). Când terapeutul a acceptat această funcţie şi dacă aceasta nu-l împiedică să continue să existe şi să gândească, constatăm că grupul începe să funcţioneze cu un nivel de angoasă evident mai mic şi câştigă în coeziune.

Iluzia grupală: grupul accede atunci la o fază nouă în care toţi membrii sunt asociaţi la unitatea de grup. Grupul devine un loc de restaurare narcisică într-o mişcare de idealizare, fiecare membru şi grupul în întregul său sunt investite ca extensii ale eului. În acest moment de iluzie, toţi membrii grupului neagă orice diferenţă, atât la nivelul sexului cât şi al generaţiilor, într-un spaţiu aconflictual.

Asistăm atunci la o regresie către o fantasmă de grup omnipotent care retrimite la o megalomanie narcisică. Aceste mişcări se înrudesc cu fazele „iluziei grupale" descrise de D. Anzieu (1985); grupul se scaldă atunci într-un climat destul de jubilatoriu şi exuberant. Trebuie să remarcăm că, în acel moment, grupul devine obiectul libidinal principal (în locul psihoterapeutului).

Tematica oedipiană: foarte repede, omnipotenţa conduce la atotputernicia falică, care, proiectată asupra terapeutului, reintroduce frecvent într-o manieră violentă diferenţa dintre generaţii, inducând o problematică de castrare. O perioadă de depresie şi de deziluzie se va deschide către o elaborare oedipiană care, pentru copilul la vârsta de latenţă, permite remanieri ale instanţelor mai ales la nivelul Supraeului. Prin sprijinul narcisic, grupul ajunge să compenseze atingerile narcisice legate de revelarea dorinţelor oedipiene imposibile. În urma acestei faze de rediferenţiere, individul îşi va recunoaşte o dublă identitate: personală (cu remaniere identificatorie) şi grupală.

În această tehnică, interpretările se referă într-un prim timp esenţialmente la grup, terapeutul preocupându-se mai ales de buna structurare a grupului. Când fiecare copil şi-a regăsit un loc diferenţiat în sânul grupului, este posibil travaliul mai individual în sânul grupului.

5.2. — DISPOZITIVELE

Pe lângă grupurile de asociaţie liberă pe care le-am descris, există alte două forme de grupuri:

Psihodrama: în psihodrama de grup, copiii (Anzieu, 1979) joacă scene reale sau imaginare, pregătite în grup (terapeuţii pot să intervină frecvent în joc). Acest joc dramatic mobilizează în mod natural jocul identificărilor şi le pune la încercare. Dramatizarea conflictelor ajută nu doar la catharsis şi la redescoperirea spontaneităţii (J. L. Moreno), ci şi la o conştientizare a implicaţiilor fantasmatice care infiltrează relaţiile cu celălalt. Pe de altă parte, punerea în acţiune a corpului facilitează controlul pulsional şi, prin participarea adulţilor, există o distanţare în raport cu imaginile Supraeului şi deci o mai bună gestiune a conflictelor intrapsihice. Din punct de vedere grupal, tema inventată are valoare de metaforă a fantasmelor şi emoţiilor de grup, ceea ce eliberează într-o cantitate importantă tensiunile legate de conflictele interne (ale grupului, dar şi ale individului). Dar prin aspectul său activ, psihodrama încurajează într-un anumit fel iluzia grupală a apărărilor maniacale, ceea ce induce o altă formă de rezistenţă, mai ales la copiii mici (înainte de 8 sau 9 ani). Această tehnică este deci deosebit de utilă la preadolescenţă (10-13 ani).

Grupuri cu mediatori: În aceste grupuri, terapeutul creează un spaţiu propunând un mediator care poate să fie ori un obiect concret (jucărie, plastilină,

jocuri diverse, hârtie, creioane etc.), o activitate de mediere (psihopedagogie...) sau artistică (picturi, poveşti, muzică, pământ...). Mediatorul se situează la jumătatea drumului între realitatea exterioară şi lumea internă a subiectului. El stimulează deci o activitate între imaginar şi realitate, între individual şi social. Acest dispozitiv tinde deci să reinstaureze o anumită tranzitivitate într-un spaţiu tranziţional defectuos instaurat. Mediatorul trebuie să aibă drept calitate principală maleabilitatea (R. Roussillon, 1991) care permite copilului (prin creaţie) să reia o anumită iniţiativă în relaţiile sale cu mediul său extern. Acest tip de grup este în mod special indicat pentru a-i ajuta pe copiii al căror eşec se situează în principal în registrul tranziţionalităţii (defecte de elaborare a funcţiei conţinătoare, comportamente de control, retragere în pasivitate sau falie în organizarea gândirii...).

Aceste dispozitive pot să varieze pentru a se adapta la vârsta copiilor; astfel, de exemplu, încă de la ieşirea din maternitate este posibil să organizezi grupuri mamă-copil (J. Siksou, 1989) care au drept funcţie să ajute mamele (frecvent izolate) să elaboreze separarea psihică mamă–bebeluş şi să evite astfel instaurarea de legături simbiotice patologice. Sau, mai mult, la copiii mici (4-6 ani), sunt utilizate terapiile de grup prin joc. Aceste grupuri de cinci sau şase copii de aceeaşi vârstă utilizează în mod esenţial o abordare psihanalitică a jocului. Materialul (jucării) trebuie să servească, după expresia lui S.R. Slavson (1953); „la activarea libidoului". De aceea, jucăriile trebuie să poată fi utilizate într-o manieră simbolică şi să dezvăluie preocupările inconştiente ale copilului.

5.3. — INTERESELE GRUPURILOR ÎN FUNCŢIE DE PATOLOGIE

Copii nevrotici: tulburările de alură nevrotică se traduc cel mai frecvent prin dificultăţi de învăţare şi printr-o carenţă fantasmatică. La vârsta aceasta, copilul caută să menţină refulate dorinţele oedipiene, pe de o parte, şi aspiră la o revalorizare narcisică, pe de altă parte. Această dublă mişcare complică relaţiile care se instaurează în psihoterapia individuală. În schimb, grupul nu mobilizează dintr-o dată problematica oedipiană şi, fiind investit ca obiect libidinal, el devine un susţinător narcisic. Grupul care joacă rolul de a procura reprezentări, favorizează deplasările libidoului şi punerea la distanţă a reprezentărilor prea erotizate. Aceasta deschide uşa noilor investiţii şi sublimărilor, implicând procesele de simbolizare. Organizarea nevrotică din această perioadă de latenţă este deci o bună indicaţie a acestei forme de grupuri terapeutice axată pe schimbul liber şi care ia în considerare analiza dinamicii grupale.

Copii cu o patologie abandonică: grupul, prin funcţia sa conţinătoare, furnizând o susţinere funcţiilor de par-excitaţie deficitare, permite aplicarea sa la patologiile limită. Cu aceşti copii, travaliul în grup şi, prin constituirea acestuia în calitate de spaţiu care are un înăuntru şi un afară, permite să punem bazele unui înveliş conţinător care să facă să apară un spaţiu de gândire. Pentru aceşti copii care evită continuu să fie confruntaţi cu o prăbuşire depresivă, legată de frica pierderii obiectului, travaliul în grup, într-un prim timp îi dă copilului iluzia că nu va fi abandonat niciodată. Travaliul asupra obiectului-grup va permite recucerirea fantasmatică, graţie iluziei grupale a obiectului matern idealizat (P. Privat, 1993). Într-un al doilea timp, travaliul în jurul deziluziei va putea să conducă puţin câte puţin la renunţare.

Copii psihotici: G. Haag (1987, 88, 93) şi S. Urwand (1993) extind posibilitatea unei luări în îngrijire, grupală la copiii autişti şi psihotici grav. Grupul pare să faciliteze posibilitatea de a elabora, de a transforma, de a simboliza lumea obiectelor parţiale proiectate, în timp ce terapeutul singur cu copilul apare ca prea violent separat, mobilizând angoasele precoce de persecuţie şi intruziune. În grup, copiii se ajută să creeze şi să exprime un gând primar care se organizează plecând de la senzorialitate (tactilă, sonoră, prin privire...). Intensitatea efectului-grup permite să lucrăm asupra limitelor şi conţinătorilor grupului, care vor putea fi introiectaţi în mod individual, întărind astfel unitatea foarte precară a acestui tip de copii.

Practica cu grupurile de copii nu se poate discuta fără să luăm în considerare interacţiunile posibile cu grupul familial şi mediul instituţional. Astfel, grupurile nu ar trebui să înceapă înainte de a se fi creat un dispozitiv (grup de părinţi, consultaţii preparatorii şi de însoţire...), permiţând să elaboreze împreună cu părinţii afectele şi sentimentele care sunt mobilizate de însăşi ideea de grup.

În ceea ce priveşte instituţiile, ele întreţin relaţii foarte ambivalente cu grupurile terapeutice. G. Testemale şi J.B. Chapelier (1983) au arătat cum, chiar prin esenţa lor, instituţiile erau retrimise de grupuri la contradicţiile lor interne. Grupurile terapeutice sunt într-adevăr trăite ca un fel de contra-instituţii, repunând în cauză, fantasmatic, stabilitatea acesteia.

6. — TERAPIILE INSTITUŢIONALE

În continuarea reflecţiilor conduse de psihiatri de adulţi şi a experienţelor lor (Tosquelles, Ey, Daumezon), s-au înmulţit progresiv abordările instituţionale pentru îngrijirea adolescentului, mai întâi, apoi a copilului de vârstă mijlocie şi, în sfârşit, a copilului mic (Lebovici, Mises etc.). Prin „terapie instituţională" desemnăm un dispozitiv de îngrijire plurifocal care organizează parţial sau total viaţa socială şi educativă a copilului, dispozitiv în care sunt frecvent incluse

tratamente specifice. Dacă abordările terapeutice descrise anterior nu puseseră sub semnul întrebării cadrul de viață obișnuit familial și școlar al copilului, „terapia instituțională" se bazează în parte pe o schimbare a acestui cadru de viață obișnuit. Cadrul familial este menținut în „spitalul de zi" dar nu și cadrul școlar. Celelalte terapii instituționale pot să conducă la o separare între copil și familia sa; această alegere merge aparent în contra-curent cu interesele copilului: periculozitatea separărilor multiple, a plasamentelor iterative a fost suficient subliniată (v. problema carenței afective, cap. 22. 1.).

Totuși, în unele cazuri, fie datorită patologiei familiale, fie din cauza unei dificultăți sociale majore, fie din cauza gravității patologiei copilului, o separare se dovedește necesară dacă vrem să evităm să vedem copilul fixându-se într-un deficit sau cufundându-se în patologie. Aceste separări și plasamente terapeutice nu au nici o legătură cu plasamentele pentru confortul familial din păcate încă prea frecvente. În practică, atunci când consultantul consideră cadrul familial prea inadecvat nevoilor copilului, alegerea se îndreaptă fie spre un plasament familial specializat, fie spre un internat terapeutic (IMP, IMPRO, Centru de observație etc.).

6.1. — SPITALUL DE ZI

Apărut în Franța în anii '65-'70, spitalul de zi constituie la ora actuală unul dintre instrumentele terapeutice esențiale al majorității Intersectoarelor de Pedopsihiatrie. Condus de un medic, spitalul de zi este gestionat cel mai frecvent de un spital (uneori de o asociație privată cu scop nelucrativ). El primește copiii și adolescenții direct (fără să treacă prin CDES) și are un preț pe zi în ceea ce privește plata.

Populația primită. — La început consacrate mai degrabă nivelului de vârstă 7-12 ani, spitalele de zi s-au diversificat și uneori s-au specializat în primirea și îngrijirea mai specifice pentru anumite vârste. Astfel, există spitale de zi pentru adolescenți (în general 12/13 ani și 18/19 ani) și spitale de zi pentru copii mici (cei mai mici posibil, dar frecvent plecând de la achiziția mersului: de la 13/18 luni până la 5/6 ani). Această specializare nu este posibilă decât în centrele urbane suficient de importante.

În termeni de diagnostic, psihozele precoce și psihozele la adolescență reprezintă majoritatea indicațiilor (frecvent între 60 și 80%). Sunt primite și: tulburări grave de personalitate (prepsihoze și/sau dizarmonii), tulburări ale narcisismului și patologie abandonică, nevroze grave (mai ales la adolescență: fobie școlară, nevroză obsesională, etc.). În realitate, toate tulburările psihice susceptibile să afecteze frecventarea școlii și mai ales achiziția de cunoștințe, prezente în același timp cu existența unor semne patente de suferință psihică, sunt indicațiile potențiale pentru spitalul de zi. În schimb, spitalul de zi nu primește, cel puțin în teorie, copii debili atunci când această debilitate e izolată: acești copii sunt de resortul unei orientări CDES către filiere școlare sau instituții adaptate tip externat medico-psihologic (EMP). Dacă distincția e ușoară în cazurile simple: de exemplu, copil trisomic (EMP) și copil autist (spital de zi), în multe situații simptomele de suferință psihică și semnele deficitare sunt intricate și se întăresc reciproc.

Durata luării în îngrijire este frecvent cuprinsă între doi și patru ani, uneori mai mult, în funcție de patologie.

Organizarea materială. — În general de talie mijlocie, primind de la 25 la 30 de copii, spitalul de zi este deschis cinci zile pe săptămână, copiii rămânând în familia lor seara, în week-end-uri și o parte din vacanțe. Sunt organizate frecvent „locuri de viață", în care un grup mic de copii (de la 4 la 8) se află împreună cu unul sau două cadre terapeutice numite referenți. Acest loc de viață reprezintă cadrul instituțional plecând de la care se ramifică diversele abordări terapeutice proprii fiecărui copil. El reprezintă un loc de socializare, de schimb cu grupul și de stabilire de repere sau limite.

Acțiunile terapeutice. — Dacă rare echipe au un proiect terapeutic riguros unificat în jurul unei abordări specifice (psihanalitică, de reeducare, comportamentală), în majoritatea cazurilor acțiunile terapeutice sunt multiple și plurifocale, orientate către:
- copilul însuși;
- părinți;
- grupul instituțional.

Nu vom detalia diferitele abordări terapeutice privitoare la copil. Ele sunt în mare parte explicitate în acest capitol. Poate să fie vorba despre psihoterapie propriu-zisă, frecvent de inspirație analitică. În funcție de simptome, pot fi propuse diferite „reeducări"(ortofonică, psihomotorie). Copiii sunt școlarizați în mici grupuri cu o pedagogie adaptată; în unele echipe sunt urmărite o reflexie și o căutare pedagogică, parte constitutivă a acțiunii terapeutice. Locul de viață constituie în sfârșit unul dintre mijloacele terapeutice prin organizarea spațio-temporală (ritmul zilelor, al săptămânilor, reperare a locurilor numelor) și multiplele activități care sunt propuse (activități expresive tip mimă, desen, teatru, ludice, imaginative cum sunt atelierul de povești, de fotografie, de jurnalism). Plecând de la un caz concret, aceste ateliere sunt ocazia pentru fiecare copil, în funcție de posibilitățile sale, să ajungă mai întîi la o expresie idiosincratică, împărtășită de grupul de copii, apoi de cadrul terapeutic, a emoțiilor,

afectelor, dorinței, gândirii, într-un cuvânt, să învețe puțin câte puțin comunicarea. Tehnicile și conținutul fiecărui atelier variază aproape la infinit; virtutea terapeutică depinde înainte de toate de interesul cadrului terapeutic pentru acea tehnică particulară, de convingerea și dorința sa de a-l face pe celălalt să împărtășească o parte din acest interes și din această plăcere.

Travaliul cu familia este de asemenea important, fie că este vorba despre întâlniri informale (în fața ușii) la venire sau la plecare în fiecare zi, despre ședințele cu cadrele terapeutice sau, în sfârșit, despre grupul de părinți, mergând de la simplul grup de cuvânt care abordează problemele cele mai concrete la grupul terapeutic propriu-zis. Drumurile dus-întors ale copilului între spitalul de zi și familia sa reprezintă unul dintre elementele forte ale strategiei terapeutice. Există în mod necesar zone de opoziție, de alianță, de tăcere, de transgresiune, de supunere etc., care fiecare reprezintă o reluare transferențială a unui conflict psihic.

Travaliul instituțional de elaborare psihică constă într-o reluare a acestor ultime linii conflictuale: travaliu de grup indispensabil pentru a ajunge la o conștientizare a diverselor tipuri de relații stabilite de copil și/sau părinții săi cu unul sau altul dintre cadrele terapeutice sau dintre copii. Acest transfer instituțional nu poate fi analizat decât în travaliu de grup: grup de pacienți, travaliu de sinteză al cadrelor terapeutice. De aceea, ședințele instituționale sunt indispensabile. Totuși o „bună" instituție veghează și ca aceste ședințe să nu afecteze într-un fel excesiv disponibilitatea și prezența adulților alături de copii.

Luare în îngrijire cu program scurt. – Aceste modalități de luare în îngrijire s-au înmulțit. Obiectivul lor este întotdeauna de a permite copilului să urmeze, în același timp, parțial (sau în totalitate) o școlarizare în cadrul normal și să beneficieze de o abordare terapeutică diversificată, așa cum am descris-o. Îngrijirile cu program scurt pot să preceadă sau să urmeze (pre- sau postcură) admiterea în spitalul de zi sau să constituie timpul terapeutic principal (în special: unitatea de seară după școală). Principiul terapeutic este același ca și pentru spitalul de zi, dar redus la aproximativ două ore pe zi, 3-4 zile pe săptămână. Aceste modalități terapeutice se adresează unor copii capabili să urmeze o școlarizare normală sau paranormală: nevroză gravă, prepsihoză sau dizarmonie de evoluție cu menținerea investiției școlare etc.

6.2. — PRIMIREA FAMILIALĂ TERAPEUTICĂ

Ordonanța din 1 octombrie 1990 care vine să completeze diferite texte anterioare (Ordonanța din 28 august 1963 și decretul din 2 ianuarie 1997), reglementează organizarea și funcționarea serviciilor de primire familială terapeutică, tip de plasament care vizează luarea în îngrijire terapeutică a persoanelor suferind de tulburări psihice într-un mediu de substituție stabil, în vederea unei restaurări a capacităților lor relaționale și a autonomiei lor.

Scopul acestei primiri familiale este de a oferi unui copil care are dificultăți proprii (copii psihotici) sau părinți patologici (părinți psihotici, debili profunzi) un mediu natural în care el va putea beneficia de un climat afectiv și educativ stabil, călduros, cât mai apropiat de cadrul social normal.

Organizarea materială. — Ea este definită de ordonanțele și decretele citate mai sus. În funcție de numărul de copii pentru care primirea familială terapeutică este agreată, este precizat un număr de ore de lucru pentru cadre cu statut intermitent. O primire familială terapeutică necesită o echipă de încadrare a asistentelor maternale, echipă care cuprinde: un psihiatru, un psiholog, eventual un psihoterapeut, un educator specializat, un asistent social, o secretară. Un local, a cărui arhitectură este de asemenea definită prin decret, regrupează activitățile de consultație și secretariat. Asistentele maternale recrutate percep un salariu. Ele nu pot să primească mai mult de doi copii. Un preț pe zi de copil este fixat prin convenție între plasamentul familial și DASS.

Selecția familiilor. — Această selecție este sarcina esențială a oricărei primiri familiale terapeutice. Majoritatea echipelor recurg la întrevederi repetate cu mai mulți specialiști astfel încât să multiplice *unghiurile de vedere*. Întâlnirea cu asistenta familială, dar și cu soțul, sunt necesare, atât în localul primirii familiale terapeutice cât și la domiciliul familial.

Criteriile de selecție se dovedesc foarte delicat de precizat dacă vrem să depășim nivelul unei impresii subiective globale, a unei contra-atitudini de ansamblu pozitive sau negative. Unele criterii de refuz sunt ușor de discernut: neînțelegere de cuplu sau dezacord evident asupra primirii unui copil handicapat în cămin, tinerețe extremă sau vârstă prea înaintată (să încredințezi un copil unui cuplu ai căror membri au depășit 50 de ani implică apariția probabilă a unei rupturi, încă de la începutul unui plasament presupus a evita aceste rupturi), cadru de viață prea defavorabil (lipsă evidentă de igienă), fratrie de primire prea numeroasă sau ostilă: copiii de aceeași vârstă sau mai mici decât copiii în plasament pot fi la originea unor conflicte de rivalitate insurmontabilă. În schimb, prezența copiilor mai mari poate să constituie un factor pozitiv excelent când acești copii l-au acceptat pe noul venit.

Motivațiile familiilor de a lucra cu copii handicapați sunt de două feluri: psihologice sau financiare.

– *Motivațiile psihologice* se polarizează frecvent în jurul unei dorințe de reparație și/sau nevoie de idealizare. Prezența unui copil anormal în antecedentele familiale ale unuia sau altuia dintre părinți nu este rară. În alte cazuri, copilul

handicapat vine să ia locul unui copil decedat. Alteori, motivația aparentă e legată de o imagine ideală a familiei terapeute sau este acoperită de un discurs moralizant (să-i ajutăm pe aceşti copii...).

– *Motivaţiile financiare* nu trebuie devalorizate, mai ales dacă se sprijină pe un demers raţional.

În toate cazurile, echipa se va sprijini mai mult pe conduitele reale ale familiei decât pe natura motivaţiei sale: organizarea sa arată oare un interes real pentru copii, este inserţia în ţesutul social favorabilă, familia cu idealuri înalte şi altruiste le va pune ea oare în practică în participări la unele activităţi, cluburi? Gradul de mobilizare evaluat de interviurile de investigare este oare satisfăcător?...

Un interval de timp rezonabil între cererea familiei şi răspunsul echipei, şedinţe de sinteză aducând diferite clarificări, ajută la luarea unei decizii întotdeauna dificile. Odată familia aleasă de echipă, un serviciu specializat al DASS confirmă această alegere.

Indicaţiile sunt greu de formalizat pentru că ele depind mult de capacităţile de primire proprii fiecărei familii, capacităţi pe care echipa învaţă puţin câte puţin să le cunoască. Astfel, unele familii fac dovada unei competenţe uimitoare cu copiii psihotici, altele cu copiii abandonici, altele cu copii instabili...

Primirea Familială Terapeutică (PFT) este uneori specializată într-un tip de patologie la copil sau la părinţi: PFT pentru copiii autişti sau psihotici, PFT pentru copiii cu părinţi bolnavi mintali, PFT pentru copiii victime ale abuzurilor fizice...

În general, vârsta copilului e importantă: primirea familială terapeutică are cu atât mai multe şanse să fie benefică cu cât copilul este mai mic. Dincolo de 8-9 ani, deşi această limită nu este absolută, beneficiile pe care copilul poate să le aibă sunt mai mici.

Copilul în situaţie de carenţă afectivă gravă reprezintă evident o indicaţie excelentă. Prea frecvent aceşti copii sunt plasaţi de Ajutorul Social pentru Copii (v. capitolul: *Copilul şi serviciile sociale*) în plasamente de îngrijire simple şi suferă prea multe schimbări datorită comportamentului lor dificil: într-adevăr, nu există copil grav carenţat care să nu dezvolte conduite deviante (reacţie de retragere, balansare, opoziţie etc.); dacă doica nu este încadrată şi nici susţinută de echipa specializată, eşecul e frecvent, reîntărind atunci patologia copilului.

Cazuri particulare. — Primirea Familială Terapeutică, prin căldura schimburilor afective pe care le propune şi reinserţia într-un cadru social normal, este utilizată din ce în ce mai frecvent, chiar pentru staţionări temporare. Există astfel familii de primire la sfârşit de săptămână (primire familială terapeutică cuplată cu un internat), familii de postcură (pentru toxicomani), familii de găzduire

tranzitorie etc. Toate aceste plasamente familiale îşi găsesc un loc de predilecţie în toate tentativele de explozie instituţională şi/sau de reinserţie a copiilor sau a adolescenţilor.

6.3. — PLASAMENTELE ÎN INSTITUŢII

Plasamentul terapeutic în instituţie nu trebuie să fie nici un depozit azilar, nici un loc de găzduire al cărui obiect esenţial ar fi să gestioneze cât mai bine carenţele copilului.

Plasamentul terapeutic îşi propune, graţie stabilirii unui nou cadru de viaţă, să analizeze conflictele pe care le trăieşte copilul şi care limitează posibilităţile sale. Odată efectuată această analiză, instituţia îşi propune, prin stabilirea de noi modele relaţionale, să dea copilului mijloacele de a elabora, apoi de a-şi învinge conflictele şi de a relua o dezvoltare maturativă satisfăcătoare.

Instrumentul esenţial al travaliului în instituţie, pe lângă abordările terapeutice centrate pe copilul însuşi (abordare educativă, reeducare instrumentală, psihoterapie...) este reprezentat de travaliul de elaborare care are loc în cursul sintezelor.

Sinteza are un dublu obiectiv de regrupare a informaţiilor şi de evaluare a modurilor de interacţiune între adulţi cu privire la un copil. Într-adevăr, în cursul sintezelor, cei implicaţi pe lângă un copil îşi pun în comun informaţiile asupra vieţii copilului în instituţie, progresele sau regresele sale, contactele cu familia, ieşirile etc. Dar acest nivel de informaţie nu constituie decât un prim nivel: cu ocazia acestor schimburi, adulţii pot să aibă experienţa unor conflicte, a opoziţiei, a dezacordului, a rejecţiei, a protecţiei... sentimente care traduc natura relaţiei lor cu copilul, contra-atitudinile suscitate de conflictele copilului însuşi şi, în sfârşit, proiecţia asupra echipei terapeutice a acestor aceleaşi conflicte: aceasta se observă îndeosebi în cazul copiilor psihotici.

Capacitatea terapeutică a instituţiei se evaluează frecvent după capacitatea sa de reflexivitate, respectiv capacitatea sa de a percepe în conflictele care o animă partea care provine din patologia copiilor şi partea inevitabilă din conflictele proprii adulţilor. Distincţia dintre aceste două planuri este necesară pentru ca contra-atitudinile adulţilor să nu repete într-o manieră sterilă conduitele parentale cele mai patogene. Aceasta se dovedeşte cu atât mai important când copiii sunt profund perturbaţi, cum este cazul copiiilor autişti sau adolescenţilor psihopaţi.

Indicaţiile plasamentelor instituţionale terapeutice sunt imposibil de precizat pentru că ele depind tot atât de mult de instituţia însăşi, de capacităţile momentane

de primire, cât şi de grupul de copii şi de posibilităţile de a introduce un nou venit. Fiecare instituţie evoluează cu timpul, îşi schimbă „profilul de recrutare" în funcţie de membrii săi.

În Franţa, autori ca Racamier, Tosquelles, Paumelle, Lebovici, Diatkine, Misès au abordat rolul instituţiei, funcţia sa terapeutică, în special locul psihanalizei instituţionale. În ţările anglo-saxone, instituţiile funcţionează mai frecvent pe modelul teoriilor sistemice (v. cap. 27, 4.2.).

Pentru cadrul juridic al diverselor instituţii vom trimite cititorul la capitolul *Copilul şi serviciile sociale*, cap. 26, 3.

7. — PRESCRIPŢIILE DE MEDICAMENTE

Utilizarea medicamentelor în psihiatria copilului e foarte limitată. Dar, cum declară foarte just Simon: „faptul că acest loc este limitat e mai degrabă satisfăcător, faptul că este prost delimitat e mult mai puţin satisfăcător". Într-adevăr, utilizarea medicamentelor se sprijină cel mai frecvent pe criterii foarte empirice, fără studiu farmacologic veritabil asupra copilului însuşi. Această lipsă de rigoare se explică în parte prin mai mulţi factori, chiar dacă ei nu trebuie să o justifice:

– *Specificitatea domeniului pedopsihiatriei în raport cu psihiatria adultului* ca şi utilizarea de categorii conceptuale identice ca terminologie, dar nu şi neapărat în ceea ce priveşte conţinutul. Două exemple pot să ilustreze acest decalaj între cadrul semiologic şi/sau nosografic adult şi cadrul propriu copilului:

- psihoza la copil, care grupează ansambluri semiologice şi sindromice foarte diferite unele de altele şi oricum foarte diferite de psihozele adultului: v. în această privinţă scurtul rapel istoric asupra psihozelor copilului, cap. 16,
- depresia la copil care, deşi utilizează aceeaşi terminologie ca cea a adultului, oferă un cadru semiologic complet diferit (v. discuţia teoretică asupra depresiilor copilului, cap. 18, 1.).

Or, majoritatea psihotropelor sunt experimentate mai întâi în clinica adultului şi clasate în marile rubrici (neuroleptice, antidepresive, anxiolitice...) în funcţie de nosografia proprie adultului: clasa antidepresivelor este în acest sens o ilustrare caricaturală a dificultăţilor întâlnite în raportarea din clinica copilului a cadrelor conceptuale stabilite în altă parte.

– *Absenţa modelelor experimentale* care să corespundă principalelor tulburări observate în clinica infantilă face încă şi mai aleatorie utilizarea medicamentelor: nu există nici un model animal al patologiei funcţiilor instrumentale, nici al vastei probleme a debilităţii. Începem, cu greu, prin studiul neurotransmiţătorilor, să putem provoca comportamente animale care evocă de foarte departe unele conduite psihotice sau unele stări hiperkinetice. Dar este încă drum lung de la modelul experimental la constatările clinice.

– *Lipsa de rigoare* a majorităţii studiilor farmacologice efectuate asupra copilului handicapat. Aceasta se datorează lipsei standardizării în culegerea simptomelor şi a rezultatelor şi în selecţia bolnavilor, lipsei de cunoştinţe farmacocinetice la copilul mic (marile funcţii metabolice, mai ales hepatice, sunt foarte diferite la copil şi la adult). Probleme atât de simple ca posologia sau doza eficace sunt de abia atinse la copilul mic.

– *Problemele etice*, în sfârşit, ridică întrebarea informării necesare a familiilor şi a colaborării lor pentru studiile controlate cât mai riguroase posibil.

Inventarul rapid al produselor folosite cel mai mult în pedopsihiatrie, propus mai jos, nu are decât o valoare indicativă şi nu înlocuieşte lectura unui manual de psihofarmacologie (Rosenberg, 1994; Senon, 1995).

Principalele clase de medicamente folosite sunt neurolepticele, psihostimulantele, antidepresivele şi anxioliticele.

7.1. — NEUROLEPTICELE

Nu există produse „rezervate" copilului şi nici indicaţie specifică. Neurolepticele cu efect sedativ (tioridazin: Melleril; cyamenazin: Tercian, Levomepromazină: Nozinan) sunt probabil cele mai utilizate. Posologiile sunt foarte variabile de la un copil la altul şi, pentru o posologie identică în mg/kg/zi, valorile plasmatice par mai mici la copil decât la adult. Indicaţiile sunt foarte diverse: hiperactivitate, tulburări ale conduitelor cu sau fără retard mintal, autism şi psihoză infantilă, ticuri cronice şi boala lui Gilles de la Tourette, stare de agitaţie... dar se referă întotdeauna la tulburări majore care afectează capacităţile de socializare şi de adaptare la contextul de mediu. Este vorba în mod esenţial de prescrierea cu **scop simptomatic**. Dacă efectul imediat este adesea apreciabil, în schimb un fenomen de scăpare după 3-6 luni de prescriere este destul de frecvent. Aceste produse ar trebui deci să fie utilizate pe perioade limitate de timp (maximum 1-2 luni), neezitând să oprim tratamentul pentru a verifica dacă menţinerea lui apare ca justificată. Ca şi al adult, ar trebui să ne mulţumim cu doza minimă eficace. Complicaţiile secundare ale neurolepticelor, mai ales diskineziile tardive, nu au făcut obiectul unor publicaţii particulare în cazul prescrierii la copil.

7.2. — PSIHOSTIMULANTELE

Aceste produse foarte utilizate în țările anglo-saxone au fost mult timp respinse în Franța, dar metilfenidatul (Ritaline) a obținut recent autorizația pentru indicația „hiperactivitate la copil". Regulile de prescriere sunt detaliate în cap. 20, 4.4.

7.3. — ANTIDEPRESIVELE

Doar antidepresivele triciclice (amitriptilină, clomipramină, imipramină) au autorizația de punere pe piață pentru indicația „enurezis" la copilul de mai puțin de 15 ani. În indicația „depresia copilului" foarte puține studii au fost conduse după criteriile metodologice actuale (v. cap. 18, 6.3.). Antidepresivele triciclice au fost utilizate în tulburările anxioase grave ale copilului (anxietate de separare, fobie școlară) și tulburările obsesiv-compulsive cu rezultate încurajatoare (Mouren-Siméoni, 1991). Utilizarea de IMAO este excepțională. Inhibitorii recaptării serotoninei încep să facă obiectul protocoalelor de studiu (Emslie, 1997) dar aceasta rămâne în stadiul de cercetare.

7.4. — TIMOREGLATOARELE

Ele au fost propuse în tulburarea bipolară și în psihozele distimice, cu rezultate uneori satisfăcătoare (litiu, carbamazepin, valpromid). Dar nu există practic nici un studiu de cohortă, publicațiile nediscutând decât de câteva cazuri excepționale.

7.5. — ANXIOLITICELE ȘI HIPNOTICELE

Benzodiazepine sau non-benzodiazepine, anxioliticele sunt substanțele psihotrope cele mai prescrise la copil de către medicii generaliști și într-un grad mai mic de pediatri și pedopsihiatri. Multe substanțe dispun de autorizarea oficială de prescriere la copil, cu indicații mai degrabă vagi, în timp ce studiile farmacologice riguroase sunt rare. Nu există date precise cu privire la indicații, toleranță și „regulile bune" de prescriere. Din cauza unui metabolism hepatic mai activ la copil, aceste produse au în general un timp de înjumătățire plasmatic diminuat în raport cu adultul. În ceea ce privește efectele secundare, ele sunt analoge cu cele observate la adult dar totuși să semnalăm:

– sentimentul de oboseală, amețeala, scăderea vigilenței care pot altera performanțele școlare;

– reacțiile paradoxale de dezinhibiție, impulsivitatea, agresivitatea;

– problema dependenței cu apariția toleranței (impunând creșterea dozei pentru a obține același efect anxiolitic) și a unei reacții de sevraj la oprire, cu o revenire a simptomatologiei inițiale.

Pentru ansamblul acestor motive, anxioliticele nu ar trebui să fie prescrise la copil decât excepțional. Majoritatea acestor produse nu au făcut de altfel proba eficacității lor **durabile** și **stabile** în patologiile anxioase grave (hiperanxietate, tulburare de panică, fobie socială și școlară, stare de stress post-traumatic...) și le este frecvent preferată prescrierea de antidepresive (v. mai sus).

În ceea ce privește tulburările de somn, aceste simptome nu ar trebui, cu excepții rarisime, să justifice o prescriere medicamentoasă de somnifere (aparținând în general clasei antihistaminicelor fenotiazinice) așa cum este din păcate prea frecvent cazul, mai ales la copilul mic.

Aceste prescripții sunt frecvent făcute la cererea părinților pentru ca ei înșăși să poată dormi (ceea ce este o cerere cu totul respectabilă dar la care nu este indispensabil să răspundem printr-o prescripție... pentru copil) sau pentru a „calma" copilul agitat, zi și noapte. De altfel, nu e excepțional ca ele să fie ulterior urmate de părinți, putând să conducă la efecte de obișnuință și de dependență.

Unele tulburări de somn particulare pot beneficia de o prescripție specifică, dar este vorba mai frecvent de produse aparținând clasei antidepresivelor (de exemplu amineptina pentru somnambulism) sau unei clase specifice (de exemplu modafinil în sindromul Gelineau).

BIBLIOGRAFIE

ANZIEU D.: *Le psychodrame analytique chez l'enfant et l'adolescent.* PUF, 1979, Paris.

ANZIEU D.: *Le groupe et l'inconscient.* Dunod éd, Paris, 1985.

BARANDE I., BOURDIER P., DAYMAS-LUGASSY S.: Psychothérapies de l'enfant et de l'adolescent. EMC, Paris, 1970, *Psychiatrie,* 37818 A.10.

BERGER M.: *Les séparations à but thérapeutique.* Privat éd., Toulouse, 1992, 1 vol.

BERGES J., BOUNES M.: *La relaxation thérapeutique chez l'enfant.* Masson éd., Paris 1979, 1 vol.

BOLLAND J., SANDLER J.: *Psychanalyse d'un enfant de deux ans.* PUF, Paris, 1973.

Chapelier J.B., Avron O., Privat P.: Groupes: un ou deux psychothérapeutes. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe,* 1985, 1-2, 85-101.

Haag G.: Les petits groupes analytiques d'enfants autistes et psychotiques. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe,* 1987, 7-8, 73-87.

Haag G.: Aspect du transfert concernant l'introjection de l'enveloppe en situation analytique individuelle ou groupale. *Gruppo,* 1988, 4, 71-86.

Haag G., Urwand S.: Entre objet partiel et objet total. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe,* 1993, 20, 75-85.

Lebovici S.: A propos des thérapeutiques de la famille. *Psychiatrie enfant,* 1981, 24, 2, 541-583.

Male P., Doumic-Girard A., Benhamou F., Schott M.C.: *Psychothérapie du premier âge,* PUF, Paris, 1975.

Maziade M.: Les bases théoriques de la thérapie familiale. *Neuropsych. de l'Enfant et de l'Adolesc.,* 1980, 28, 6, 253-258.

Mises R., Bailly-Salin H.J., Breon S., Feder F., Fortabat J.L., Gilbert E.: *La cure en institution: l'enfant, l'équipe, la famille,* ESP, Paris, 1980, 1 vol.

Mouren-Simeoni M.C.: *La psychopharmacologie chez l'enfant.* PUF éd., Paris, Col. Nodules, 1991, 1 vol.

Mouren-Simeoni M.C., Vila G., Vera L.: *Troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent,* Maloine éd., Paris, 1993, 1 vol.

Numero special: Hôpital de jour et structures à temps partiel. *Neuropsychiatr. de l'Enfant et de l'Adolesc.,* 1988, 8-9, 299-378.

Privat P.: L'enfant, l'objet et le groupe. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe,* 1993, 20, 51-60.

Privat P. et coll.: *Les psychothérapies de groupe d'enfants au regard de la psychanalyse,* Clancier-Guenaud, Paris, 1989.

Privat P., Chapelier J.B.: De la constitution d'un espace thérapeutique groupal. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe,* 1987, 7-8, 7-28.

Rosenberg D.R., Molttum J., Gershon S.: *Textbook of pharmacotherapy for child and adolescent psychiatric disorders,* Brunner/Mazel Publ., New York, 1994, 1 vol.

Roussillon R.: *Paradoxes et situations limites de la psychanalyse,* PUF, Paris, 1991.

Selvini-Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G.: *Paradoxe et contre-paradoxe,* ESF, Paris, 1980.

Senon J.L., Setcher D., Richard D.: *Thérapeutique psychiatrique,* Hermann éd., Paris, 1995, 1 vol.

Siskou J.: Enrichissements mutuels et restauration narcissique en groupe de mère avec bébés. *In:* Privat P. et coll., *Les psychothérapies de groupe d'enfants au regard de la psychanalyse,* Clancier-Guenaud, Paris, 1989, 174-189.

Simon P.: Pharmacologie et psychiatrie de l'enfant. *Psychiatrie de l'Enfant,* 1978, 21, 1, 319-325.

Slavson S.R.: *Psychothérapie analytique de groupe,* PUF, Paris, 1953.

Testemale G., Chapelier J.B.: Groupes thérapeutiques et institutions soignantes. *Bulletin de Psychologie,* decembrie 1983, 37, 145, 195-204.

Urwand S., Haag G.: Premières identifications et enveloppe groupale. *Dialogue,* 1993, 120, 63-75.

Widlocher D.: *Le psychodrame chez l'enfant,* PUF, Paris, coll. Paideïa. 1979.

INDEX

D

E

F

M

N

O

P

Fundaţia Generaţia

Fundaţia Generaţia s-a născut din nevoia urgentă de a ajuta copiii, adolescenţii şi familiile lor prin intervenţii diferite de cele farmacoterapeutice sau instituţionale. Proiectul creării ei s-a născut încă din 1995 când, împreună cu un grup de specialişti reputaţi în domeniul psihoterapiei, grup animat şi susţinut de psihanalista de origine română Ilany Kogan, a început travaliul de structurare şi circumscriere a scopurilor şi modalităţilor de atingere a acestor scopuri, fundaţia concretizându-se ca instituţie în noiembrie 1998.

Sprijinul şi asistenţa copilului înseamnă mai mult decât ajutor material. Fundaţia Generaţia se dedică nevoilor psihologice nu întotdeauna uşor de observat şi de recunoscut. Sprijinul psihologic este necesar pentru a preveni şi proteja copilul de suferinţa psihică şi pentru a-i favoriza dezvoltarea. Dacă nu dăm suficientă atenţie nevoilor sufleteşti ale copilului pot apărea, în timp, urmări dramatice. Un copil riscă să fie tratat cu medicamente fără să fie necesar, poate fi etichetat ca bolnav psihic, un copil riscă, de asemenea, să aibă dificultăţi emoţionale severe şi să-şi rateze şansa de a se realiza. Suferinţa psihică poate să se manifeste sub formă de tristeţe, insomnii, spaimă, nelinişte, coşmaruri, dezinteres, plictiseală, izolare, agitaţie, agresivitate, tulburări ale comportamentelor alimentar, sfincterian, sexual, prin eşec social, şcolar, de comunicare. Aceste tulburări pot să apară de la naştere, pe parcursul evoluţiei copilului sau în urma unor traume legate de separare, accidente, boli, tensiuni şi conflicte în familie, naşterea unui alt copil, decesul unui membru al familiei, abuz sexual, maltratare, intrarea în pubertate şi adolescenţă etc.

Fundaţia Generaţia ajută copii, adolescenţi, mame, taţi, bunici, educatori, profesori, cadre medicale, spitale, maternităţi, instituţii pentru protecţia copilului precum şi pe toţi cei care se ocupă de copii.

Formele de intervenţie şi de ajutor sunt:

Examen de evaluare a dezvoltării.
Consultaţii în situaţii de criză.
Consiliere a părinţilor.
Grupuri de lucru cu educatori, profesori şi cadre medicale.
Psihoterapie individuală şi/sau de familie.

Aceste intervenţii respectă confidenţialitatea şi normele deontologiei profesionale. Echipa noastră cuprinde psihologi, psihiatri, pedagogi, cu specializare în psihoterapia psihanalitică a copilului şi a adolescentului.

Fundaţia Generaţia colaborează profesional cu universităţi şi asociaţii profesionale din România, Germania, Franţa, Elveţia, Anglia, SUA şi Israel, în scopul formării de noi specialişti şi al supervizării activităţii specialiştilor existenţi. Pentru asistenţa psihoterapeutică a copiilor şi adolescenţilor, colaborăm cu toate instituţiile şi organizaţiile care activează în acest domeniu.

De la începutul anului 2000 funcţionează

Centrul de psihoterapie pentru copii şi adolescenţi – Fundaţia Generaţia.
telefon/fax: 021 410 1033, 021 330 6649
email: generatia@fx.ro
www.generatia.ro

Titlurile colecțiilor

♦ Psihanaliza copilului și adolescentului

EUL ȘI MECANISMELE DE APĂRARE

Anna Freud

Lucrarea Annei Freud este recunoscută ca o contribuție majoră în cercetarea psihanalitică, ea bucurându-se de statutul unei lucrări clasice. În acest volum, ilustrat cu cazuri clinice fascinante de copii și adolescenți, autoarea pune în discuție acele măsuri adaptative prin care viața pulsională ajunge să fie controlată, precum și modul în care sunt evitate afectele dureroase sau neplăcute. Într-un stil extrem de clar, autoarea prezintă teoria mecanismelor de apărare, pentru ca apoi să insiste asupra operațiilor defensive pe care Eul le pune în mișcare pentru a evita neplăcerea și anxietatea și prin care își exercită controlul asupra comportamentului impulsiv, a afectelor și urgențelor pulsionale (negarea prin fantasmă, negarea prin cuvânt și act, restrângerea Eului, identificarea cu agresorul). Autoarea pune un accent deosebit și pe procesele defensive prezente la pubertate: ascetismul, intelectualizarea, iubirea și identificarea.

SCENARIILE NARCISICE ALE PARENTALITĂȚII
Experiența clinică a consultației terapeutice

Juan Manzano
Francisco Palacio Espasa
Nathalie Zilkha

Practica îndelungată a autorilor privind intervențiile psihoterapeutice scurte părinți–copii/adolescenți (consultații terapeutice) le-a permis să desprindă un concept central, numit de ei „scenarii narcisice ale parentalității". În primele capitole ale lucrării sunt prezentate diferitele aspecte ale acestui concept.

După o situare a elementelor fundamentale ale tehnicii autorilor în cadrul mai vast al psihoterapiilor de inspirație psihanalitică, este abordată o parte clinică în care sunt expuse rezultatele analizei unor cazuri întâlnite de autori în practica lor. Sunt descrise scenarii tipice ale parentalității, care permit o clasificare a celor mai frecvente configurații clinice și este propusă o semiologie descriptivă și dinamică a psihopatologiei relației părinte–copil. Fiecare din aceste configurații este ilustrată cu exemple clinice.

Un ultim capitol reunește concluzii clinice și teoretice.

CONSULTAȚIA TERAPEUTICĂ A COPILULUI

D. W. Winnicott

D. W. Winnicott aduce în teoria și clinica psihanalitică lucrări clasice, de referință pe plan internațional: *De la pediatrie la psihanaliză, Joacă și realitate, Bebelușul și mama lui, Deprivare și delincvență, Natura umană,* pentru a enumera doar câteva dintre ele.

În *Consultația terapeutică a copilului,* Winnicott dezvăluie cu finețe esențialitatea explorării primelor interviuri clinice, care pot oferi cheia cunoașterii vieții psihice a copilului. El aprofundează tehnica *squiggle* ca pe „o cale simplă de a intra în relație cu copilul": este vorba de un desen realizat în comun, în care psihanalistul și copilul participă la reconstrucția istoriei timpurii a copilului și a mediului său familial.

Prin desenul său, care îl completează pe cel al psihanalistului (și invers), copilul își exprimă sentimentele și gândurile cele mai profunde, el participă viu la relația cu terapeutul în căutarea Self-ului autentic, a trăirilor timpurii, a relațiilor precoce cu mama, cu tatăl, respectând simptomul, temerile, suferința sa.

Winnicott regăsește în cadrul terapeutic un „moment sacru" în care relevarea de sine luminează un interior până atunci obscur și conflictual.

Cartea cuprinde 21 de capitole care reprezintă tot atâtea descrieri ale unor consultații terapeutice pe care Winnicott, unul dintre cei mai mari psihoterapeuți de copii, le-a avut de-a lungul practicii sale psihanalitice.

NORMAL ȘI PATOLOGIC LA COPIL
Evaluări ale dezvoltării

Anna Freud

În 1951, Anna Freud, singura dintre copiii lui Sigmund Freud devenită psihanalist, fondează la Londra „Hampstead Clinic", o clinică de psihoterapie infantilă. *Normal și patologic la copil,* apărută la Londra în 1965, reprezintă o sinteză a experienței clinice, terapeutice și teoretice a psihanalizei copilului. A. Freud reexaminează granița dintre normal și patologic în dinamica dezvoltării umane, conflictele intrapsihice necesare și inerente dezvoltării, simptomele tranzitorii ale devenirii psihice, ca și cele care se constituie la copil sau la adultul de mai târziu într-o structură patologică. Ea propune în continuare criterii, diagnostice și perspective psihoterapeutice. *Normal și patologic la copil* este o carte pentru psihologi, psihoterapeuți, psihiatri, educatori și părinți.

DIALOG CU SAMMY

Un caz de psihoză infantilă

Studiu psihanalitic

Serge Lebovici
Joyce McDougall

Această carte este consacrată prezentării unor documente referitoare la tratamentul psihanalitic al unui copil psihotic, tratament condus de Joyce McDougall cu asistența tehnică a lui Serge Lebovici.

Producțiile unui copil psihotic sunt interesante prin frumusețea lor, uneori tragică. Lumea fantasmatică în care trăiesc acești copii este tragică pentru că ea le traduce angoasa: ea pune constant sub semnul întrebării sentimentul pe care îl au în legătură cu unitatea lor și cu cea a celor cu care trăiesc. Fantasmele bolnavului sunt o ilustrare remarcabilă a angoasei de fragmentare, a agresivității legate de devorare, a luptei defensive prin intermediul căutării unei fuziuni imposibile: psihoza apare ca singurul mod de relaționare care evită ruptura predelirantă ce duce la neant. Evoluția relației terapeutice poate conduce la neo-structurări mai evoluate.

Acest fragment de tratament permite discutarea nu doar a fecundității abordării psihanalitice, ci și a utilității acestei forme de psihoterapie în astfel de cazuri. Cartea răspunde *dorințelor* celor care ar *dori* să știe ce se întâmplă în cursul unui tratament psihanalitic.

Faptul că mama pacientului a urmat un tratament psihanalitic cu analista acestuia din urmă face posibilă o comparație între structurile psihopatologice ale fiului și ale mamei. Autorii încearcă să demonstreze că structura mamei a avut un rol activ în instituirea relațiilor obiectale atât de perturbate cum sunt cele înscrise în carte.

EDITURA FUNDAȚIEI GENERAȚIA

își anunță cititorii că începând din anul 2003

va lansa două noi colecții

♦ Mari psihanaliști

Proiect editorial al EFG (2003-2005) după colecția originală *Psychanalystes d'aujourd'hui*, PUF, Paris, care cuprinde monografii despre viața și opera unor mari psihanaliști contemporani care au marcat istoria, teoria și tehnica psihanalizei.

Thierry Bokanowski, ***Sándor Ferenczi***
Gilbert Diatkine, ***Jacques Lacan***
Agnès Oppenheimer, ***Heinz Kohut***
Denys Ribas, ***Donald Woods Winnicott***
Elsa Schmid-Kitsikis, ***Wilfred R. Bion***

♦ Spațiul PSY

Noua colecție va cuprinde opere teoretice și clinice reprezentative din psihologie, psihanaliză, psihiatrie și psihopatologie.

În afara colecțiilor

COPIII — RĂZBOI ȘI PERSECUȚIE

În această carte, prin intermediul studiilor de caz, autorii ne ajută să intrăm în complexa lume a sentimentelor copiilor și tinerilor adulți care au experimentat moartea, alungarea din țările lor, persecuția, exilul. În ciuda acestor traume, mulți copii au demonstrat un surprinzător potențial de dezvoltare și o mare capacitate de a face față situației. Autorii discută despre posibilitățile care sunt oferite acestor copii de către un travaliu terapeutic astfel încât ei să poată asimila experiența traumatică și să o integreze în viața lor viitoare.

Acest volum reprezintă o abordare nouă a acestei problematici.

Editura Fundației Generația

Președinte: Veronica Șandor
Coordonator departament editorial: Corneliu Irimia
Redactor: Daniela Luca
Tehnoredactor: Florian Bulmez

Tipărit la S.C. UNIVERSUL S.A.
Tel. 3.15.17.01. Fax 314.68.42
Str. Brezoianu 23-25, București